



# QUADERNI SIRTS

**N.2**

Anno 2021

**Trasversalità  
del pensiero sistemico**  
conversazioni, metodi, contesti

## **REDAZIONE DEI QUADERNI SIRTS**

**Caporedattore:** Marco Schneider  
**Vice-caporedattore:** Renzo Marinello  
**Redazione:** Chiara Bertonati  
Marpa Crisciani  
Patrizia Frongia  
Adàn Martinez  
Edoardo Perini

### ***Ringraziamenti***

Si ringrazia la Dott.ssa Veronica Semprebuono per la collaborazione  
resa alla realizzazione di questo numero dei Quaderni SIRTS

## **EDITORIALE.**

Di Marco Schneider, caporedattore Quaderni SIRTS.

*Nel comporre un editoriale per il 2020 non si può prescindere dal fare un riferimento all'eccezionale situazione sanitaria che ha travolto il mondo intero: l'anno appena passato ha infatti portato con sé un carico di sofferenze e di stravolgimenti particolarmente pesante ma ci ha anche messo di fronte alla necessità di riscoprire un'unità ed una "interconnessione" dismesse da troppo tempo oltre all'esigenza di utilizzare intensamente la flessibilità, il coraggio, la determinazione, la disponibilità all'innovazione.*

*I drammi legati al Covid nel 2020 produrranno i loro effetti negativi certamente ancora per molto tempo (sul piano sanitario ma sempre più anche su quello economico) e questo è un aspetto che influenzerà in modo significativo la nostra pratica professionale. Va però detto che questa straordinaria situazione può al tempo stesso rappresentare la leva per dare corso concreto al cambiamento, da troppo tempo rimandato, di alcuni aspetti cruciali del nostro vivere. Da più parti infatti viene l'appello a rivedere profondamente il nostro stile di vita centrato sulla continua crescita, sul consumo e sullo sfruttamento smodato di risorse, ambiente e persone. Il Covid-19 arrivando senza preavviso ha assunto il ruolo di catalizzatore di macroprocessi sociali che da tempo stavano cercando di porsi all'attenzione del mondo, segnalando la necessità di una cura nuova e più sostenibile del nostro pianeta e del benessere di tutti. Non possiamo più pensare che qualcosa che non accade a noi o da noi non sia affar nostro, anzi: in questo senso va superata la sindrome "N.I.M.B.Y." (dall'inglese: "Not in my backyard" – non nel giardino dietro casa) per adottare invece un'idea allargata, interconnessa e sistemica del vivere, del produrre, dello stare con gli altri e con noi stessi. In questa necessaria transizione il pensiero e l'agire sistemico assumono un'utilità cruciale che va comunicata con forza a tutti i nostri interlocutori.*

*Quello appena passato è stato un anno particolare anche per i Quaderni SIRTS.*

*L'inizio del 2020 ha infatti visto un avvicendamento alla loro guida: dopo più di due anni di salda "cabina di regia" Marpa Crisciani ha lasciato a me il ruolo di caporedattore, che ho assunto certo della collaborazione della Redazione tutta. Sono molto grato all'amico Marpa, che conosco dai tempi del trainig in psicoterapia alla EIST, per il lavoro pionieristico svolto come primo caporedattore dei Quaderni: ha dato vita ad un progetto SIRTS che già in passato aveva chiesto di vedere la luce.*

*Come tutti i sistemi viventi anche i Quaderni si sono dovuti confrontare quest'anno con l'esigenza di rinnovare modalità operative, comunicative e strategiche. Nel nostro caso ciò ha accelerato la realizzazione di alcuni positivi processi organizzativi e l'ottenimento di specifici risultati. Tra le tante cose fatte nel 2020 ricordo l'ottenimento del codice ISSN, codice identificativo delle pubblicazioni, che ha reso identificabili a livello internazionale i Quaderni. Ci siamo poi dotati, su un'iniziale preziosissima sollecitazione di Maurizio Viaro, del codice DOI, che permette non solo l'individuazione di ogni singolo contributo dei Quaderni all'interno del panorama editoriale internazionale ma anche una sua piena, ufficiale e definitiva citabilità scientifica. Davvero dunque dei notevoli passi in avanti.*

*Questi importanti risultati non sarebbero stati raggiunti senza la fondamentale continuità nella presenza in Redazione di Renzo Marinello, già Presidente SIRTS, e di Patrizia Frongia, attuale Presidente. La loro esperienza ed il loro indubbio peso politico nella SIRTS hanno dato grande sostegno al lavoro della Redazione, oltre ad un forte impulso alla mia guida dei Quaderni. A loro il mio più sentito ringraziamento.*

*Voglio però citare tutti i componenti della Redazione, ovvero Chiara Bertonati, Adan Martinez e, dalla seconda metà dello scorso anno, Edoardo Perini, amico e collega EIST.*

*Ultimo ma non ultimo l'apporto e i suggerimenti di tutto il Direttivo SIRTS, con in testa Iva Ursini ma anche Federico Ferrari, hanno permesso un confronto sempre attivo, presente e fecondo.*

*Tra le tante decisioni prese nel 2020 alcune riguardano nuove modalità di avvicinare i soci alla Redazione e ai Quaderni, così come modalità nuove di comunicare i Quaderni ai Soci, alla comunità dei colleghi sistemici, al pubblico più esteso.*

*I Quaderni possono oggi iniziare ad ambire con maggiore consapevolezza ed aumentate capacità organizzative al posizionamento di pubblicazione scientifica di alto livello, connessa certamente a doppio filo con le iniziative formative e seminariali della SIRTS ma aperta anche ad approfondimenti, idee innovative, proposte “anticonvenzionali” e nuovi punti di vista sulla clinica sistemica.*

*Questo secondo numero, dal titolo “Trasversalità del pensiero sistemico: conversazioni, metodi, contesti”, si apre con un ricordo dello scomparso Mony Elkaim e si compone di una selezione di contributi proposti durante il Congresso Internazionale SIRTS del novembre 2019 (“Creatività ed Efficacia”) oltre a lavori prodotti nel 2020 da relatori che hanno animato le giornate formative online organizzate dalla SIRTS.*

*Ma non è tutto.*

*Questo numero accoglie anche contributi di colleghi che a partire dagli articoli via via pubblicati sul sito SIRTS hanno proposto riflessioni o quesiti tesi ad arricchire la discussione su importanti temi quali, in questo caso, la psichiatria e le dipendenze.*

*Arrivati fin qui la Redazione non si ferma, anzi. L’invito è non solo ad immergersi nei lavori di questo secondo numero ma anche a mandare alla Redazione (all’indirizzo: [qredazione@sirts.org](mailto:qredazione@sirts.org)) proposte di articoli o commenti sui contenuti pubblicati, che verranno discusse secondo la modalità Peer review per poi pensare ad una loro pubblicazione, forti anche dell’assegnazione del Codice DOI che può adeguatamente valorizzarli.*

*Buona lettura!*

*Milano, marzo 2021*

## INDICE

<b>Iva Uursini &amp; Jose Adàn Martinez Flores</b> IN MEMORIAM MONY ELKAIM.....	5
<b>Andrea Mosconi</b> STORIE DI PSICHIATRIA E DI SISTEMICA NELL'EVOLUZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI.....	7
<b>Raffaele Barone &amp; Angela Volpe</b> MODELLI INTEGRATI DI LAVORO CON LE FAMIGLIE IN UN SERVIZIO DI SALUTE MENTALE DIALOGICO. DALL'ESCLUSIONE PSICHIATRICA ALL'INCLUSIONE SOCIALE.....	18
<b>Edoardo Perini</b> Commento all'articolo « <i>Modelli integrativi di lavoro con le famiglie in un servizio di salute mentale dialogico. Dall'esclusione psichiatrica all'inclusione sociale</i> » di Raffaele Barone e Angela Volpe.....	28
<b>Patrizia Frongia</b> INTERVENTI SISTEMICI IN UN SERVIZIO PSICHIATRICO DURANTE LA PANDEMIA...29	
<b>Alba Moscato &amp; Isabelle Varescon</b> VIEILLISSEMENT ET AIDES A DOMICILE EN FRANCE: LES CONDUITES D'ALCOOLISATION ET LES SUBSTITUTS PARENTAUX.....	34
<b>Maurizio Frisina</b> PERTURBER L'OPACITÉ D'UN SYSTÈME DÉPENDANT Commento all'articolo « <i>Vieillessement et aide à domicile en France : les conduites d'alcoolisation et les substituts parentaux</i> » di Alba Moscato e Isabelle Varescon.....	40
<b>Maurizio Frisina</b> PERTURBARE L'OPACITA' DI UN SISTEMA DIPENDENTE Versione italiana del commento all'articolo « <i>Vieillessement et aide à domicile en France : les conduites d'alcoolisation et les substituts parentaux</i> » di Alba Moscato e Isabelle Varescon.....	43
<b>Maurizio Viaro, Fabrizio Bercelli &amp; Federico Rossano</b> READING BETWEEN THE LINES IN PSYCHOTERAPY. CONVERSATION ANALYSIS AND INTERSUBJECTIVITY. A SINGLE CASE STUDY.....	45
<b>Note redazionali.....</b>	57

## IN MEMORIAM MONY ELKAIM.

*La Redazione dei Quaderni SIRTS ha chiesto a due colleghi, Iva Ursini ed Adàn Martinez, di esprimere alcuni pensieri in ricordo di Mony Elkaim.*

Mony Elkaim è morto, dopo una lunga malattia, a Bruxelles, il 20 novembre 2020.

Mi piace ricordarlo a partire dallo spazio dato alla notizia della sua morte da Eric Favereau su **Liberation** il 29/11/2020: “*Mort de Mony Elkaim, un des pères de la Thérapie Familiale, un homme unique, chaleureux et bouillonnant d'idées*” e da Elisabeth Roudinesco su **Le Monde** il 15/12/2020: “*Figure du mouvement antipsychiatrique européen, passionné par l'approche alternative et communautaire des malades mentales et psychiques... afin d'éviter la psychiatisation de la vie*”.

Giornali francesi nazionali, di diffusione internazionale, hanno dato spazio al triste annuncio, connotandola come una grave perdita per tutti, non solo per i professionisti che hanno avuto la fortuna di conoscere i suoi contributi scientifici ed applicativi per la diffusione del movimento della Terapia familiare sistemica nel mondo. I primi anni di lavoro di Mony, negli anni '70, l'avevano visto negli Stati Uniti, impegnato nella cura delle famiglie del Bronx, con un grande coinvolgimento sociale in quel contesto.

Ho conosciuto Mony negli anni '80 mentre stavo concludendo il training presso il Centro Milanese di Terapia della Famiglia (CMTF), in occasione di un seminario che era stato invitato a tenere a Milano. Mi aveva colpito il suo modo di conduzione della giornata oltre ai contenuti che proponeva: esempi attinti alla sua pratica clinica, invito ai partecipanti a simulare situazioni, richiesta costante di feedbacks dall'uditorio; occupava costantemente la scena come un grande regista teatrale. Ho continuato a seguirlo negli anni attraverso i suoi scritti, facilitata dalla mia conoscenza del francese. Invito a seguire su You Tube la Conferenza sulla Risonanza, videoregistrata da IAC, da lui tenuta in occasione del Congresso Internazionale EFTA CIM-IAC a Tolosa nel 2018, per avere una minima idea della sua modalità di far partecipare il pubblico allo sviluppo del suo pensiero, mostrare il suo modo di lavorare, metterlo a parte delle sue intuizioni e riflessioni, sempre ancorate a casi clinici.

Dal settembre 2016, in seguito della mia elezione nel board EFTA CIM, ho avuto modo di incontrarlo più frequentemente in contesti di vita quotidiana, per esempio alle periodiche riunioni del General Board EFTA a cui lui partecipava come Presidente della Camera EFTA TIC. Quando si diffondeva la notizia che era arrivato Mony ognuno di noi consiglieri si affrettava ad andare a salutarlo per il piacere di rincontrarlo, ricevendo sempre, da parte sua, il ringraziamento per la partecipazione ai lavori dell'EFTA, che sentiva *una sua creatura*. Nel partecipare alla prima riunione del General Board a notte fonda, ad Atene, mi ero presentata come nuovo membro e avevo segnalato la mia non conoscenza della lingua inglese; lui mi tranquillizzò offrendosi come traduttore dall'inglese al francese e viceversa per me ed altri colleghi francofoni. Con la sua presenza, imponeva un clima di condivisione e curiosità verso le differenze che riusciva ad integrare con il suo autorevole apporto. Nei momenti conviviali, in genere cene, che seguivano ad intense giornate di lavoro del Board EFTA, prendeva sempre la parola, alzandosi e rivolgendosi a tutti, seduti in rispettoso silenzio, auguri per un proficuo lavoro per il futuro dell'approccio sistemico-relazionale in Europa e nel mondo.

È per questo stimolo a diffondere ed arricchire le nostre conoscenze attraverso il confronto, con una logica fortemente inclusiva e generosamente accogliente, che voglio continuare a ricordarlo.

*Iva Ursini*

Ho visto per la prima volta Mony nel 1989 in un convegno internazionale organizzato da Maurizio Andolfi a Roma, Mony esponeva concetti molto interessanti come Risonanza, assemblaggio, l'autoreferenza, teoria generale dei sistemi di Ludwing von Bertalanffy, riferimenti di Ilya Prigogine e del suo gruppo sui sistemi aperti lontani dall'equilibrio, citazioni di Ivan Boszormenyi Nagy per cercare di aiutare i membri di una famiglia a liberarsi delle lealtà involontarie.

Sono rimasto molto affascinato nel conoscere un personaggio poliedrico di grande calibro, oltre alla sua naturale simpatia.

In me ha avuto una risonanza molto forte perché mi sembrava d'averne parecchie cose in comune con lui, ad esempio doppia cittadinanza Marocchina- Belga per lui, Messicana e Italiana per me.

Elkaïm è stato sempre un personaggio molto attivo nell'organizzare eventi e creare Centri clinici di grande valore. Ad esempio: negli Stati Uniti ha lavorato come Direttore del Centro per le dipendenze nel Bronx (New York).

Nel 1973 ha fondato il Lincoln Family Therapy Training Program.

Nel 1974 ha organizzato sempre a New York una Conferenza sul Training Family Therapist for the urban ghetto.

In Europa è stato tra i fondatori dell'Associazione Europea di Terapia Familiare (EFTA), e a Bruxelles ha creato la sua scuola, l'Istituto della famiglia e dei sistemi umani.

Ho visto per l'ultima volta Mony al Congresso Internazionale EFTA al Atene nel 2016 in un workshop a cui partecipavano terapeuti di molti paesi europei. In quella giornata ha lavorato sulle risonanze dei terapeuti, mostrando come possono diventare una grandissima risorsa per il processo terapeutico. Con la presentazione di casi dal vivo sotto il suo sguardo clinico, l'apprendimento era sempre assicurato. L'avevo visto un po' affaticato ma molto motivato, veniva già da un periodo in cui non era stato bene, ma sembrava che si stesse riprendendo.

La sua perdita mi lascia un grande vuoto e so già che le sue idee mi accompagneranno nel mio lavoro terapeutico.

Mony Elkaïm ci ha lasciato libri di grande interesse che ho il piacere di ricordare:

- *Réseau Alternative à la psychiatrie*, textes recueillis par Mony Elkaïm, Paris, UGE, 1977.
- *Formations et pratiques en thérapie familiale*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris, Éditions ESF, 1985.
- *Les pratiques de réseaux: santé mentale et contexte social*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris, ESF, 1987.
- *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie*, Paris, Le Seuil, 1989 (traduit en allemand, anglais, arabe, danois, espagnol, grec, italien, portugais, serbo-croate et suédois).
- *La thérapie familiale en changement*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1994.
- *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris, Le Seuil, Paris.
- *À quel psy se vouer? Psychanalyses, psychothérapies : les principales approches*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris, Le Seuil, 2003.
- *Comment survivre à sa propre famille?*, Mony Elkaïm avec le concours de Caroline Glorion, Paris, Le Seuil, 2006.
- *Comprendre et traiter la souffrance psychique*, sous la direction de Mony Elkaïm, Paris, Le Seuil, 2007.
- *Entre résilience et résonance. À l'écoute des émotions*, Boris Cyrulnik et Mony Elkaïm, sous la direction de Michel Maestre, Paris, Fabert, 2009.
- *Où es-tu quand je te parle?* Paris, Le Seuil, 2014.
- *Vivre en couple. Plaidoyer pour une stratégie du pire*, Coll. Philo.Gener., Paris, [Le Seuil](#), 2017.

Jose Adàn Martinez Flores

## STORIE DI PSICHIATRIA E DI SISTEMICA NELL'EVOLUZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI

ANDREA MOSCONI<sup>1</sup>  
[mosconial@gmail.com](mailto:mosconial@gmail.com)

### Il Contesto: un po' di note autobiografiche....ma non troppo!

Era il 20 febbraio del 1974 quando, giovane medico non ancora specializzato, sono entrato nell'Ospedale Psichiatrico di Padova. L'atmosfera della psichiatria italiana era in grande fermento ed io ero pronto ad entrarne a fare parte. Al di là della laurea in Medicina e dell'essere iscritto alla specializzazione in Psichiatria, ero fresco dei movimenti politici del 1968 nonché di un passato scoutistico che mi aveva abituato alla vita di gruppo vissuta come impegno coerente per i valori. La rivoluzione basagliana era iniziata alcuni anni prima (Basaglia, 1968) e l'Ospedale Psichiatrico di Padova ne aveva sicuramente sentito gli effetti anche se con alcuni distinguo. La Regione Veneto, di fede democratico cristiana, aveva identificato proprio nella struttura padovana e nel suo direttore, il prof. Massignan, il luogo e la persona adatta per avviare una rivoluzione psichiatrica "veneta", meno politicizzata a sinistra e più riformista. Questo, peraltro, si inseriva in un'evoluzione che già da anni era iniziata per volontà del precedente direttore, il prof. Barison, importante psichiatra di orientamento fenomenologico. Egli si era ispirato alla Psicoterapia Istituzionale di Racamier (Racamier et al. 1970) ed aveva trasformato l'ospedale in una "piccola città della follia" dove i pazienti, appena potevano, venivano inseriti in attività di laboratorio, colonia agricola, officina, teatro, ecc.... inoltre, già da quattro o cinque anni, il direttore e gli infermieri non abitavano più in Ospedale. Il prof. Massignan aveva, poi, ampliato questa esperienza integrandola con idee ispirate alle prime territorializzazioni della psichiatria iniziate alcuni anni prima, in Francia, nel "XIII° arrondissement" di Parigi (Daumézon, Bonaffè, 1959, Duchenne 1959). Si era quindi iniziata anche una apertura al territorio secondo la "politica di settore" che prevedeva che i diversi reparti dell'ospedale facessero riferimento ad un "settore" del territorio della provincia, secondo il principio della "continuità terapeutica". Tutto sommato, quindi, mi trovavo inserito in un'esperienza di avanguardia. Nonostante questo lo "zoccolo duro" della cultura manicomiale era costituito dai vecchi infermieri che in buona parte non erano stati coinvolti in questo cambiamento. La teoria più in voga era quella dei "quanti di follia". "Caro dottore" – mi dissero appena entrato in reparto – "qui i dottori ogni anno si prendono un quanto di follia così dopo un pò di anni ce ne sono pochi che si salvano". Loro, almeno in parte, si riferivano ai colleghi sostenitori dei cambiamenti in atto, ma a ben guardare alcuni miei colleghi, forse avevano anche ragione. Comunque io li ascoltavo sorridendo, convinto com'ero che il tutto era parte della sindrome istituzionale in cui erano coinvolti. Nei reparti, infatti, erano molti i pazienti come "A." che, un pò debole mentale e di classe povera, era entrato in Ospedale a 8 anni per disturbi del comportamento e non ne era più uscito. Nonostante tutto questo lievito di cambiamento, quindi, vi era moltissimo da fare. E fu in questa atmosfera che nel settembre di quello stesso 1974 incontrai per la prima volta Luigi Boscolo. Una delle scelte "illuminate" della direzione, infatti, era di nominare ogni quattro anni un supervisore esterno per medici, psicologi ed assistenti sociali. Il quadriennio precedente aveva visto la presenza di S.Resnik, noto gruppoanalista molto in auge in quel momento, ed ora la scelta era caduta sulla Teoria Sistemica che stava, appunto, salendo agli onori delle cronache scientifiche ed ecco perchè: Luigi Boscolo. Ci chiese di portare dei casi in supervisione. Ricordo come fosse ieri la prima volta che decisi di farlo. Arrivai alla riunione con la cartella più grossa che avevo. Non che questo volesse dire che di quella paziente, la chiamerò E., si sapesse molto. Per la maggior parte le cartelle dell'ospedale contenevano annotazioni sull'andamento comportamentale in istituzione e sulle funzioni corporee di base. Solo le prime pagine avevano qualche informazione relativa alla storia ed alla famiglia. Ma la cartella di E. era grossa perchè E. era sempre molto reattiva e scontrosa convinta com'era, lei maestra elementare, dell'ingiustizia del suo ricovero. Luigi non si attardò sulla diagnosi, ma chiese molto su quelle prime pagine di storia e poi sulle relazioni con i familiari che venivano a trovarla e su quelle con gli altri

<sup>1</sup> **Andrea Mosconi**, psichiatra, psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, direttore del Centro Padovano di Terapia della Famiglia, master in Ipnosi Ericksoniana, supervisore in EMDR. Indirizzo: Centro Padovano di Terapia della Famiglia, Via Martiri della Libertà 1, 35137 Padova, tel.049 8763778.

pazienti ed con i turni infermieristici. Alla fine iniziò a collegare il tutto ed a farci vedere la “generosità” di E. che aveva accettato di “sembrare malata” a suo tempo per fare posto ai fratelli in famiglia e lo stesso faceva in reparto. Rimasi strabiliato, finalmente si dava un senso profondamente umano e scientifico a tutto e si univano teoria sociale e scienza allo stesso tempo. Fu per me illuminante, fu vero amore a prima vista. Da allora iniziai a cercare la sintesi tra Psichiatria Sociale ed Ottica Sistemica. Sanificare, seguendo gli Assiomi (Watzlavick et al., 1967), la comunicazione, creare per e con i pazienti sistemi di comunicazione sana per riattivare le funzioni mentali dismesse dalla vita dell'istituzione. Il camice non serviva più! Arrivavo la mattina in Ospedale e tutta la mia giornata era occupata in assemblee con i pazienti ed il personale infermieristico per parlarsi, mettere in comune, ricostruire le storie, costruire insieme le giornate e poi, appena possibile, via...fuori dall'istituzione con un pulmino FIAT 850 che avevo comprato all'uopo e chiamato “LIBERTÀ”. Accettai anche l'incarico di dare vita ai gruppi appartamento per ricreare contesti relazionali in cui fosse possibile riiniziare a vivere per molti di quelli che da anni erano senza vita e senza storia nel tempo “rimosso” dell'istituzione. Nel giro di quattro anni ne avviai 23 reinserendo nel sociale più di duecento persone. Se la comunicazione e la relazione facevano ammalare la comunicazione e la relazione potevano fare guarire! Questo avevo iniziato ad imparare da Luigi. Nel 1978 arrivò la Legge Basaglia. C'era la cornice per proseguire nella scelta e nelle riflessioni cui facevo cenno più sopra. Ma quello che avveniva a me, o meglio dire nell'Ospedale Psichiatrico di Padova, non era certo un fatto isolato nel panorama italiano. Si era avviata, infatti, quella profonda rivoluzione nella Psichiatria Italiana che ne avrebbe cambiato per sempre la fisionomia. L'abbattere le mura del “Manicomio”, l'affermare che l'emarginare crea di per sé malattia ed il marcare sugli aspetti sociali e relazionali come generatori della follia, non permetteva più di rimuovere dalle coscienze, cancellandolo e richiudendolo, il disagio psichico. Questo costringeva a porsi dei “perché” a tutto il sistema sociale, ma soprattutto ai tecnici.... noi che dovevamo trovare nuove soluzioni. Da allora e per molti anni Psichiatria Sociale e Terapia Sistemica, come vedremo, interagirono in un percorso comune arricchendosi reciprocamente e favorendo la creazione di queste nuove forme di terapia.

### **Mente, Corpo e Relazione.**

A ben vedere la Rivoluzione Basagliana e, forse anche, alcuni aspetti dell'Ottica Sistemica erano un po' come un “ritorno al futuro”. La storia della Psichiatria è sempre stata ricca di esempi che mostrano l'alternarsi di ipotesi costruite attorno a tre polarità: Mente, Corpo e Relazione. Esse hanno influenzato, così di volta in volta, sia le ipotesi sull'origine della follia che la scelta dei metodi di terapia. Il tema dell'umanizzazione delle cure è stato sempre caratteristico di quanti hanno sostenuto un'ipotesi centrata sul binomio Relazione/Mente. Al contrario le terapie fisiche sono state appannaggio di quanti hanno sostenuto ipotesi centrate sul Corpo. Spesso, purtroppo, esse si sono abbinate a pratiche di controllo, a volte anche repressive e disumanizzanti, favorite dall'identificare la causa della follia in qualcosa che era indipendente dalla persona, dalla sua storia e dal suo contesto relazionale. A ripercorrere la storia della follia si ricava l'impressione che questo alternarsi abbia sempre avuto una sorta di ciclicità coordinata con le fasi di sviluppo dei Sistemi Sociali. Nelle fasi in cui una classe meno benestante voleva affermarsi, si ineggiava agli ideali di uguaglianza e alla liberazione degli oppressi, malati di mente compresi, visti come vittime del potere marcando, quindi, sulla polarità Mente/Relazione. Nella fase successiva quando quella classe arrivava al potere ed il benessere cresceva, i nuovi benestanti difendevano i privilegi raggiunti e si riorganizzavano i luoghi della esclusione ed allora prevalevano le ipotesi organicistiche centrate, quindi, sul Corpo (Foucault, 1961,1963). Esempi di questo sono nel 1795, durante la rivoluzione francese, la liberazione dei malati di mente dalle catene, a Parigi, ad opera di Pinel, fautore del “trattamento morale dei folli”, e nel 1856 il “trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi” ad opera di John Conolly ad Hanwell in Inghilterra (Conolly, 1856) e, al contrario, la riorganizzazione dei Manicomi nella fine dell'800 parallelamente all'intensificarsi della industrializzazione. In questo senso anche la Psichiatria Sociale, al cui interno si è collocata la Rivoluzione Basagliana, e la Teoria Sistemica stessa, entrambe fortemente radicate sul binomio Mente/Relazioni, sembrano non sfuggire alla medesima ciclicità. Esse, infatti, si sono sviluppate, quasi parallelamente, dagli anni '50 in poi, nel contesto

del riscatto sociale post-bellico ed hanno avuto un'accelerazione nel loro affermarsi nelle evoluzioni sociali del "boom economico" ed in particolare dei movimenti del '68. Insomma, se ripercorriamo i principali fatti inerenti i tre filoni dall'inizio dell'800 si può vedere come, già allora, essi si alternino e si intreccino sviluppandosi in modo coordinato con le situazioni contestuali citate e mantenendosi su filoni paralleli. Per citare solo alcuni fatti, più o meno contemporaneamente alle esperienze di Conolly in Inghilterra, in Francia Charcot sviluppava gli studi sull'utilizzazione dell'ipnosi nell'isteria, ma in Germania Meynert costruiva ipotesi totalmente somatiche sui disturbi mentali. Ugualmente verso la fine del medesimo secolo mentre Freud costruiva le sue prime ipotesi sulla psicoanalisi, Krepelin e Bleuler coniarono i termini di "Schizofrenia" e di "Psicosi Bipolare" (Zanda 2013). Questo parallelismo prosegue anche per tutta la prima metà del '900. Può essere interessante, perciò, al fine di essere sistemici in senso ampio e forse anche per rendere note ai più giovani lettori che queste cose non le hanno vissute, proporre il succedersi dei principali fatti e di quelli che seguono fino ai giorni nostri utilizzando la modalità della linea del tempo, familiare a noi sistemici. Naturalmente riassumerò tutto ciò molto schematicamente dati i limiti di questo lavoro, rinviando il lettore alle bibliografie relative. È suggestivo, tuttavia, osservare che le ipotesi relative alle tre polarità via via che approfondiscono la propria ricerca finiscono con l'iniziare ad interagire, in una circolarità sempre più stretta, fino ai giorni nostri quando arrivano ad essere utili le une alle altre e quindi ad avvicinarsi. Cominciamo, quindi, questo veloce percorso:

Fine '800 e prima metà del '900:

In questa parte di secolo progressivamente le ipotesi fondate su Mente/Relazioni, si spostano dall'intrapsichico al relazionale preparando la svolta successiva che avverrà negli anni '50 dopo la fine della IIa Guerra Mondiale, mentre quelle fondate sul Corpo iniziano a raffinare i loro strumenti uscendo dall'epoca delle docce gelate o della sedia rotante (Conolly 1856). I vari filoni mantengono, tuttavia, una loro larga indipendenza.

1899 S.Freud scrive: "I genitori hanno la parte principale nella vita psichica di tutti i futuri psiconevrotici" e "la nevrosi è connessa con i conflitti tra i membri delle famiglie" anche se poi raccomanderà di lavorare con il solo paziente perché si chiedeva "come influenzare questi fatti che ci restano inaccessibili" (Freud, 1914 - 1917)

1900 Krepelin scrive il primo Trattato di Psichiatria ed definisce la "Dementia Praecox" e la "Psicosi Bipolare" e che sarà rinnovato in molte edizioni

1904 Il Senato Italiano approva la legge Giolitti, n.36 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati"

1911 Bleuler conia il termine "Schizofrenia". Egli, peraltro, faceva parte del primo gruppo di seguaci di Freud

1921 J.C.Fleugel scrive "The Psychoanalytic Study of the Family"

1930 Si sperimentano nuove terapie fisiche: L'elettroshock (U.Cerletti), la Malarioterapia (J.Jauger), lo Shock Insulinico (Sakel M.) (Zanda 2013)

negli stessi anni Moreno sviluppa la tecnica del Sociogramma

negli stessi anni M.H.Erickson inizia le sue ricerche sull'ipnosi che apriranno "Le Nuove Vie dell'ipnosi"

1935 In America Harry Stack Sullivan fonda "La teoria Interpersonale della Psichiatria",

1936 A Nyon in Svizzera si tiene il IX Congresso internazionale di Psicoanalisi "Nevrosi familiari e famiglie nevrotiche"

1938 Ackerman Nathan scrive "The Unity of the Family"

1940 e successivi Bion e Foulkes sviluppano la Terapia di Gruppo

1949 J.Bowlby scrive "Maternal Care and Mental Health" ed inizia a sviluppare la Teoria dell'Attaccamento

Anni '50:

Progressivamente le ipotesi fondate sulle polarità Mente/Relazioni si diffondono un po' in tutto il mondo, ma, questa volta, sostenute dalle ricerche sulla polarità del Corpo che facilitano la scoperta dei primi psicofarmaci favorendo così il mantenimento dei pazienti nei loro contesti di vita. In America il tutto sembra mantenersi più su di un versante che potremmo definire "tecnico" mentre, invece, in Europa, e specialmente in Francia, Inghilterra e successivamente in Italia, con il contributo dell'analisi marxista dei fenomeni sociali, il tutto prende una coloritura maggiormente politicizzata. La Teoria Sistemica fa il suo ingresso ufficiale nelle Teorie della Mente e, conseguentemente, della Psicoterapia. La cibernetica e lo studio dei sistemi intelligenti, da un

lato, e il raffinarsi delle tecniche di neuroindagine, iniziano a ravvicinare sempre di più i vari filoni della ricerca in Psichiatria.

1950 Freida From Reichman definisce il concetto di “Madre schizofrenogenica”

1951 Bateson fonda il MRI e fonda la “Teoria Sistemica” (Hoffman, 1981)

1952 Alla Salpêtrière di Parigi J. Deniker sperimenta il primo psicofarmaco la “Clorpromazina” che permetterà una migliore gestione della sintomatologia dissociativa (Zanda, 2013)

Henri Duchêne e Georges Daumézon fondano le prime esperienze di Servizi Territoriali nel XIII° arrondissement di Parigi. Si parla di “Settori Psichiatrici”

In Inghilterra Maxwel Jones fonda le prime Comunità Terapeutiche

1953 In Francia Jean Oury fonda la Clinica di La Borde o “Le droit à la Folie” (Polack, Sabourin 1976)

1955 Inizia ad affermarsi in Inghilterra l’Antipsichiatria: Ronald Laing, Aaron Esterson, David Cooper, Tomas Szasz

in Francia Michel Foucault scrive La Storia della Follia nell’Età Classica e La Nascita della Clinica e ipotizza lo stretto legame tra evoluzioni sociali e gestione della malattia mentale cui facevo cenno più sopra

1958 In Francia si sviluppa l’Antipsicoanalisi: Jacques Lacan, Feliz Guattari, Gilles Deleuze

1959 In Italia Basaglia diventa direttore dell’Ospedale Psichiatrico di Gorizia, rifiuta le contenzioni fisiche ed avvia la prima comunità terapeutica italiana sul modello di Maxwel Jones

Anni '60:

Sono gli anni del consolidamento delle conquiste della Psichiatria Sociale che rafforza il legame tra disagio mentale e contesti relazionali. L’enfasi viene messa soprattutto sulla emarginazione cui sono sottoposti i pazienti visti soprattutto come parte dei tanti emarginati cui il Sistema Sociale Capitalista e la Società dei Consumi riservava un trattamento repressivo. Vi è, forse in questo, una eccessiva sovrapposizione tra gli effetti della istituzionalizzazione e la psicopatologia. La “sindrome istituzionale” che passivizzava le persone ed ampliava tutte le sintomatologie, specie quelle psicotiche, viene identificata come causa unica della quasi totalità di esse. Psichiatria Sociale e Antipsichiatria ampliano la loro influenza ed assumono una posizione anti-Psicoterapia. La liberazione dall’istituzione ed il reiserimento in un contesto sociale meno repressivo era già la terapia (Basaglia 1968). Il sistema fa ammalare....il sistema può e deve curare. Si ripete come a Parigi nel 1795. Basaglia e Pinel due giganti della liberazione dei folli dalle catene. È un esempio di quanto dicevamo all’inizio. In questa fase la Psicoterapia viene considerata uno degli strumenti del potere e perciò guardata con diffidenza. In questo senso la Psichiatria Sociale mostra, come vedremo meglio in seguito, uno dei suoi limiti: la negazione dei meccanismi psicopatologici di base. Ma in fondo che importa! Era una rivoluzione necessaria per togliere il di più e capire più a fondo quello stretto legame tra Corpo/Mente/Relazioni che risulterà chiaro ed ineliminabile quasi 50 anni dopo. La Teoria Sistemica, intanto, si rafforza tirando le somme delle ricerche sviluppate negli anni precedenti. Si rendono disponibili alla grande diffusione le prime pubblicazioni. Il sistema fa ammalare....il sistema può e deve curare! Certo questo assioma è comune a Psichiatria Sociale e Teoria Sistemica, ma la seconda, come vedremo, è molto più interessata al funzionamento della mente ed ai meccanismi psicopatologici di base. Su questo esse sembrano divergere.

1960 Paul-Claude Racamier fonda la “Psicoterapia Istituzionale”

1961 Franco Basaglia inizia a Gorizia

1965 A. B. Hollingshead e F. C. Redlich scrivono *Classi sociali e malattie mentali*, studio della incidenza delle malattie mentali nella periferia di Chicago

1967 Esce la prima edizione della Pragmatica della Comunicazione Umana di P. Watzlawick et al.

Nello stesso anno M. Palazzoli Selvini fonda a Milano il primo Centro per lo Studio della Famiglia con un gruppo misto di psicoterapeuti sistemici e psicoanalisti.

a Torino viene fondata l’ALMM Associazione contro le Malattie Mentali

1968 In Italia la Legge n. 431, modificando la legge n. 36 del 1904, definisce le regole per “il Ricovero Volontario”

1969 le prime Commissioni di difesa dei Diritti dei Malati. A Padova e a Torino iniziano le prime esperienze di Psichiatria di Settore sul modello del XIII° arrondissement di Parigi

## Anni '70:

Arriviamo così agli anni '70. Ciò che diviene sempre più chiaro, nel contesto della Psichiatria di questi anni, è che i tempi erano maturi perché i tre filoni Mente/Corpo/Relazioni cominciassero a connettersi in legami sempre più stretti. In particolare Psichiatria Sociale e Teoria Sistemica, connettendosi, è come se innescassero una "funzione a gradino" nel Sistema delle cure. L'abbattimento delle mura del Manicomio e lo sviluppo della Psichiatria territoriale, connesse al sostegno dato dalle terapie farmacologiche, non permettono più di tenere i pazienti ricoverati per lunghi periodi e quindi separati dai contesti relazionali di vita. Questo sosterrà la richiesta di nuove forme di Psicoterapia delle relazioni e la Teoria Sistemica era giusto pronta a sviluppare tutto il suo potenziale terapeutico anche per riempire quel vuoto della Psichiatria Sociale cui facevo cenno più sopra. Le ricerche sistemiche hanno, allora, uno sviluppo rapidissimo definendo e precisando molti aspetti dei legami tra comunicazione e meccanismi psicopatologici. Siamo nella fase Strategico-Paradossale del Milan Model ma anche più in generale del movimento sistemico (Selvini et al. 1975, Mosconi et al. 1999). Nel flusso delle ipotesi relazionali che si susseguono, fanno la comparsa anche le ricerche sulle Emozioni Espresse che avranno poi grande diffusione negli anni '80, '90 e 2000.

1971 M.Selvini Palazzoli, L.Boscolo, G.F.Cecchin, G.Prata formano l'èquipe unica del "Il Centro per lo Studio della Famiglia"

nello stesso anno Basaglia diventa direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste e ne avvia smantellamento.

"Marco Cavallo" simbolo della liberazione dei "folli" viene fatto sfilare per Trieste

1972 Esce "Verso un'Ecologia della Mente" in versione italiana. È un "boom"!

1973 L'OMS nomina l'Ospedale Psichiatrico di Trieste "zona pilota" del progetto sperimentale dei Servizi di Igiene Mentale. Nasce Psichiatria Democratica

1975 L'èquipe di Milano denominata "Milan Team" pubblica "Paradosso e controparadosso" e fonda così il "Milan Model". È un secondo "boom"!

1976 Vaughn e Leff definiscono il concetto di "Emozioni Espresse" ed avviano le ricerche sulla "Psicoeducazione"

1978 Legge 180 nominata Legge Basaglia. Si fonda la Psichiatria Territoriale, i Centri di Salute Mentale, i Servizi di Diagnosi e Cura negli Ospedali Generali e nascono le prime Associazioni di Familiari

## Anni '80 e '90:

Sono gli anni più importanti per lo sviluppo di tutto quanto detto sopra. Li tratterò insieme, in forma narrativa, in quanto costituiscono, a mio avviso, un'unico progressivo fluire di eventi di cui, a volte, è difficile focalizzare quali siano i più importanti. La lista sarebbe troppo lunga.

Con la diffusione dei servizi territoriali, si moltiplicano le esperienze di "clinica e ricerca sistemica". Nascono molti centri di Terapia Familiare sia pubblici che privati, nonché le analisi sistemiche delle istituzioni psichiatriche e dei servizi territoriali stessi. Infatti nel 1981 Selvini Palazzoli et al. scrivono la prima analisi sistemica delle Istituzioni: "Sul Fronte dell'Organizzazione" cui seguiranno molte altre pubblicazioni da parte di altri terapeuti sistemiche (Castellucci et al., 1984, Selvini, 1984). Tuttavia l'ampliarsi della sperimentazione della Terapia Sistemica permette di mettere a fuoco i vantaggi ed anche i limiti delle tecniche strategico-paradossali. Spesso mi trovo a esprimere l'impressione che il paradosso sia stato la benedizione e la maledizione della Terapia Sistemica. È, infatti, sembrato una modalità di intervento forse fin troppo facile...ma così non era. Il paradosso terapeutico è tecnica raffinata che prevede uno stretto legame con la formulazione dell'ipotesi e del suo "ps" (Selvini Palazzoli et al. 1975), inoltre, nella sua versione esplicita, il classico controparadosso, pareva poco utilizzabile nei servizi pubblici. Questo impone la ricerca di adattamenti. Nel 1980 l'èquipe di Milano scrive il lavoro forse più importante: "Ipotizzazione, Circolarità e Neutralità" e fortunatamente la ricerca sull'uso dell'ipotesi relativa ai "giochi familiari" (Selvini Palazzoli et al. 1980, Selvini Palazzoli et al. 1985, Selvini Palazzoli et al. 1988) si approfondisce e rende più precise le descrizioni cliniche e quindi l'efficacia delle terapie. Tuttavia attorno al concetto di ipotesi/descrizione avviene una divaricazione nel mondo sistemico e nel Milan Approach stesso (Mosconi et al. 1999) favorita anche dal contemporaneo comparire sulla scena delle ipotesi di Maturana e Varela e della ciberbetica di II° ordine (Maturana, Varela, 1985). Volendo semplificare, ma come ho più diffusamente sostenuto nella pubblicazione

citata sopra (Mosconi et al. 1999), la divaricazione fu tra “clinici” alla ricerca di ipotesi plausibili e “descrittori” sostenitori delle multi-ipotesi come “reti di significati” cui i clienti si sarebbero connessi a partire dalla loro autoreferenzialità. Tuttavia, questo restringersi della ricerca in ambiti più specifici e, al contrario, l’ampliarsi dell’adattamento del fare terapia, in stile “multi-ipotesi”, nell’ambito territoriale rese, a mio avviso, più generiche le tecniche di intervento e favori, soprattutto negli anni ‘90, l’allontanamento della Terapia Sistemica dal contesto clinico, quello delle patologie psichiatriche pesanti dal quale era partita, ed il suo virare verso un ambito sociale. Contemporaneamente anche la Psichiatria Sociale andava rallentando la sua affermazione per le tante difficoltà nella realizzazione dei servizi e forse per l’affievolirsi della spinta ideale degli inizi. Si susseguono, così, diversi Progetti Obiettivo per la Salute Mentale nel tentativo di accelerare. La Società Italiana, conquistato il benessere, cominciava, forse, ad entrare nella fase di reflusso cui facevo cenno all’inizio. I Servizi Territoriali in generale ed ancor più quelli psichiatrici e direi l’Welfare in generale, cominciano a venire considerati un costo eccessivo per la Società. Così con il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 la parola chiave divenne “l’aziendalizzazione della sanità”. Si era passati ad una concezione di assistenza pubblica in cui la spesa sociale e sanitaria doveva essere proporzionata alla effettiva realizzazione delle entrate e non poteva più rapportarsi unicamente alla entità dei bisogni. Ottima intenzione, ma che non poneva più al centro la popolazione ed un modello sociale di sanità, bensì il benessere dell’Azienda stessa. Il rischio era che la salute pubblica da “valore” diveniva un “costo/peso”. Con l’obiettivo apparentemente dichiarato di rendere più efficienti i servizi si iniziò a tagliare gli organici e contingentare i tempi di lavoro per rendere prevedibili i processi terapeutici. Questo se era già un problema per la medicina in generale, lo era ancora di più per la Psichiatria. Se uniamo, quindi, il minor tempo dedicato ai pazienti e il rallentamento della realizzazione dei servizi, si può ben capire come in questi anni si è vista crescere la protesta delle associazioni dei familiari dei pazienti psichiatrici. Il tutto rese più seducente iniziare a guardare alle nuove scoperte farmacologiche come ancora di salvezza. Si iniziò a tornare all’idea non di migliorare i contesti di vita ma del controllo sociale. Si corse e forse si corre ancora il serio rischio di una regressione verso la creazione di nuovi luoghi di esclusione. La mancanza di tempi per la relazione favorisce una gestione prevalentemente farmacologica che pur nella ricchezza delle strutture: centri di salute mentale, ospedali di giorno, comunità terapeutiche, residenze sanitarie assistite, ecc...rischiano di creare oggi una rete della gestione del controllo sociale e dell’emarginazione che nuovamente destoricizza e spersonalizza i pazienti psichiatrici. Potremmo chiamarlo “il nuovo Manicomio Territoriale”.

#### Anni 2000:

Il quadro poco rassicurante descritto più sopra stava e sta tutt’ora creando serie difficoltà ad una gestione sociale della Psichiatria. Nel primo ventennio del nuovo secolo la situazione non pare migliorare, anzi. Si contrappongono le spinte ad un modello organicista con aree in cui resta forte una concezione sociale. Tuttavia, come dicevo, a vedere il positivo, questa richiesta di efficacia dei metodi terapeutici ha sollecitato anche il bisogno di ulteriori approfondimenti scientifici e della validazione dei metodi di cura. Ed i Terapeuti Sistemici? Nonostante tutto la “funzione a gradino” innescata dalla Psichiatria Sociale e dalla Teoria Sistemica, includente il contesto come parte della cura, non si è fermata. Vero è che, pur approfondendo le proprie ricerche con tantissime pubblicazioni relative alle dinamiche psicopatologiche dei Sistemi, la Psicoterapia Sistemica in particolare, si è trovata, e si trova ancora, in serie difficoltà a validare i propri protocolli di cura. Paradossalmente, in questa fase, sembra sia stata sostenuta indirettamente da scoperte non propriamente sistemiche ma che, pure, includevano le polarità Mente/Relazioni nelle loro ipotesi, ma che erano in grado di validare i propri risultati. Alludo alle Emozioni Espresse e alla Teoria dell’Attaccamento. Le ricerche sulle Emozioni Espresse, nate, come detto, al finire degli anni ‘70, insieme ai metodi della Psicoeducazione, soddisfavano questi criteri e, quindi, in tutta la fine del ‘900 e fino ad oggi si sono diffuse in tutti i servizi psichiatrici mantenendo, in qualche modo, un’attenzione alla famiglia. Anche la Teoria dell’Attaccamento, pur restringendosi nella valutazione delle diadi e non di tutto il sistema, forniva, comunque, una conferma all’importanza delle Relazioni nell’organizzazione della Mente. In questo modo il confronto ed il dialogo tra le ipotesi fondate sulle diverse polarità, approfondendosi, si stringeva preparando l’acquisizione di nuove scoperte che, nel finire degli anni ‘90 e negli anni 2000, avrebbero saldato una volta per tutte le tre polarità Mente/Corpo/Relazioni. Fu proprio, come nel 1950 con Deniker ed il primo psicofarmaco, una scoperta sulla polarità del Corpo a dare la conferma definitiva al binomio Mente/Relazioni e a tutto quanto l’Ottica Sistemica aveva affermato a partire, sempre, da quel 1950 in cui Bateson aveva fondato l’MRI. Nel 1996 Rizzolatti

pubblica il suo primo lavoro sui Neuroni Specchio cui segue nel 2002 il lavoro di Stamenov e Gallese. Il gioco era fatto ed il cerchio si chiudeva definitivamente. Le Neuroscienze erano pronte a dare il loro contributo alla Psicoterapia. A rafforzare, infatti, il legame tra queste scoperte neuroscientifiche, tutte le successive e la Psicoterapia arrivarono due ipotesi, a mio avviso, importantissime: la Neuropsicologia Interpersonale di Siegel (1999, 2014) e la Teoria del Trauma e della sua importanza nel generare dissociazione (Van der Hart et al. 2006, Van der Kolk, 2015). Entrambe non Sistemiche ma comunque Relazionali in quanto fondate sulla Teoria dell'Attaccamento. L'impatto fu talmente forte che anche il recente DSM V (American Psychiatric Association, 2013) ha incluso ufficialmente i traumi relazionali tra le cause di molti disturbi mentali. Ed ora in che fase ci troviamo? A mio avviso è un momento "magico" per l'Ottica Sistemica che ha, ora la possibilità di porsi come "meta-teoria" capace di interconnettere molto di quanto nei differenti filoni si è scoperto e proposto sia sul piano delle Ipotesi sulla Mente che nel campo degli strumenti terapeutici. È questo il momento dei collegamenti, delle interconnessioni, delle integrazioni e l'Ottica Sistemica, in quanto Teoria dei "processi" e delle "interazioni" e non dei "contenuti" è in grado di cogliere aspetti ignorati da altri e favorire quelle integrazioni tra le Psicoterapie che sembra essere cercato e desiderato da molti. La mia ipotesi, come ho già detto in altre pubblicazioni (Mosconi, 2013, 2015), è di andare verso un "Modello Sistemico Integrativo". Certo il vincolo da accettare, sempre a mio avviso, è la definizione di protocolli e la validazione dei risultati. Ovviamente, sempre in un'ottica flessibile di "fidanzarsi e non sposarsi" con le ipotesi, per dirla con Cecchin (1997).

**E che ne è della Relazione tra Psichiatria Sociale e Ottica Sistemica: ultime riflessioni.**

A conclusione di questo percorso voglio proporre alcune riflessioni sulla relazione tra queste due ipotesi che, oltre ad avere fatto parte della mia storia personale, tanta parte hanno avuto in tutto il percorso descritto. Perciò descriverò nella tabella di seguito quelle che sono state e, a mio avviso, restano, le analogie e differenze rispetto ad alcune variabili. Per ognuna di esse ho identificato due polarità contrapposte, A vs B, su cui metterle a confronto.

Tabella riassuntiva di confronto tra Psichiatria Sociale ed Ottica Sistemica

Variabili	Psichiatria Sociale	Ottica Sistemica
Sistema coinvolto Paziente vs Contesto <u>Variabile importante perché influenza l'Idea della Patologia</u>	Paziente e Contesto Sociale, solo successivamente Famiglia	Famiglia o Sistema creato dal problema e solo successivamente Paziente o altri Sistemi
Idea di Patologia Dentro vs Fuori <u>Variabile importante perché influenza la relazione terapeutica e la scelta dei metodi di cura</u>	Fuori ma con una negazione almeno parziale di ciò che avviene Dentro. "Il Sistema emargina il Sistema deve reinserire". A ————— B La politica del "Buon Villaggio"	Fuori e Dentro in interazione circolare. Gioco del Sistema e Strategia dell'Attore A ————— B Il modello del Quadrilatero (Mosconi, 2013) enfatizza l'attenzione contemporanea all'Individuo ed al Sistema e permette di scandire la catena che congiunge giochi familiari e problema individuale.
Causalità della Patologia Lineare vs Circolare	Lineare	Circolare

Definizione di Relazione Paz. Passivo vs Paz. Attivo	Attivo ma basso stimolo riflessivo sulle dinamiche interne	Attivo ma elevato stimolo riflessivo sulle dinamiche interne e sul Gioco del Sistema attraverso l'uso delle "IPOTESI"
Posizione del Paziente Capro Esp. Vs Paziente Des.	Capro Espiatorio	Paziente Designato partecipante della decisione: "Lei ha deciso di sacrificarsi!"
Progetti Terapeutici	Somma di programmi di Sostegno ed Inserimento sociale e Riabilitazione + Terapia Farmacologica Sostenere l'individuo e sostenere la famiglia Psicoterapia strumento di potere	Co-costruzione di Programmi a partire dall'IPOTESI secondo il concetto del "Coordinamento Strategico degli Interventi"(Mosconi, 2010) Stimolare ad un tempo l'attività riflessiva dell'individuo e sostenere della famiglia
Livello di Cambiamento 1 o 2	1 contenimento e riduzione del danno	2 cambiamento delle regole del sistema e dell'idea di se. Ricerca di definizione dei parametri del cambiamento: "gli 8 parametri del Cambiamento" (Mosconi, 2016)

Concludiamo, così, questo percorso veloce, ma spero esaustivo. Naturalmente vi sono e saranno molte riflessioni ulteriori da fare, ma ciò che vorrei avere comunicato è che il credere nella comunicazione e nelle relazioni è un fuoco che deve ardere in chi si dedica a questo lavoro e non deve mai spegnersi!

**Bibliografia.**

- Ackerman N.W. (1958). *The psychodynamics of family life*. Basic Books, New York. Tr. it. *Psicodinamica della vita familiare: diagnosi e trattamento delle relazioni familiari*. Bollati Boringhieri, Torino 1968
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA. (Tr. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).
- Basaglia F. (1968) *L'istituzione negata*, Milano, Baldini & Castoldi
- Bateson, G. (1936) *Naven*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bateson, G. (1955) *A theory of play and fantasy: A report on theoretical aspects of the project for the study of the role of paradoxes of abstraction in communication*. In Bateson G., *Approaches to the study of human personality*. American Psychiatric Association, Psychiatric Research Report, 2: 39-51.
- Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind*. New York, Chandler Publishing Company (trad. it. *Verso un'Ecologia della Mente*. Adelphi Milano 1976).
- Bertrando P. Toffanetti D. (2000) *Storia della Terapia Familiare* Ed. Cortina, Milano
- Bleuler, E., (1908) *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*
- Castellucci, A., Fruggeri & L., Marzari, L. (1984), *Il tempo del cambiamento*, Milano, Franco Angeli
- Cecchin, G.F. (1997) *Verità e pregiudizi: un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano, Cortina.
- Conolly J. (1856) trad. it. (1976) *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi*, Torino, Einaudi
- Bowlby J., (1949), The study and reduction of the group tension in the family<sup>-</sup>, *Human Relat.*, 1: 123-28.
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3, 355-533.
- Daumézon G., Bonaffè L. (1959), *Pour réfléchir à la relation médecin malade dans le futur service psychiatrique de secteur*, *Information Psychiatrique*, 35, 41
- Duchêne H. (1959), *Tâches d'hygiène mentale dans la psychiatrie de secteur*, in *Information Psychiatrique*, 35, 89
- Erickson M.H., (1978), *Le nuove vie dell'Ipnosi*, Roma, Astrolabio
- Flugel J.C. (1921). *The psychoanalytic study of the family*. International Analytical Press, London.
- Foucault M. (1961), *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Paris: Plon, trad. It [\*Storia della follia nell'età classica\*](#), trad. [Franco Ferrucci](#), Emilio Renzi & Vittore Vezzoli, Milano: Rizzoli 1963; n. ed. a cura di Mario Galzigna, ivi, 2011 [ISBN 978-88-17-04662-6](#)
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Paris: PUF, trad. it. [\*Nascita della clinica\*](#). *Un'archeologia dello sguardo clinico*, trad. Alessandro Fontana, Torino: Einaudi, 1969; n. ed. con postfazione di Mauro Bertani, 1998 [ISBN 978-88-06-14871-3](#)
- Freud S. (1899) L'interpretazione dei sogni OSF vol.2
- Freud S., (1986), *Introduzione alla Psicoanalisi*, 1914-17, Opere, Vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino.
- Fromm, E., Reichmann F. (1950) *Principles Of Intensive Psychotherapy*. University of Chicago, Chicago Press.
- Hoffman, L. (1981) *Foundations of Family Therapy*. New York, Basic Books (trad. it. *Principi di Terapia della famiglia* Roma, Astrolabio, 1984).
- Hollingshead A.B., Redlich F.C. (1965) *Classi sociali e malattie mentali* Torino, Einaudi
- Krepelin E., (1907), trad.it., *Trattato di Psichiatria*, Milano, Vallardi
- LEGGE 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati (GU n. 43 del 22-02-1904)
- LEGGE 18 marzo 1968, n. 431 Provvidenze per l'assistenza psichiatrica. ([GU Serie Generale n.101 del 20-04-1968](#))

- LEGGE 13 maggio 1978, n. 180 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. ([GU Serie Generale n.133 del 16-05-1978](#))
- Maturana, H.L., Varela, F. (1980) *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Dordrecht, Reidel Publishing Company. (trad.it. *Autopoiesi e Cognizione*, Venezia, Marsilio, 1985)
- Maxwell J., (1966), *La Comunità Terapeutica*, Milano, Feltrinelli
- Maxwell J. (1974), *La psichiatria nell'ambiente sociale*, Milano, Il Saggiatore
- Polack J.C., Sabourin D., (1976) *La Borde ou le droit a la folie* Éditeur Calmann-Lévy ISBN978-2-7021-0134-6
- Mosconi A., Gonzo M., Sorgato R., Tirelli M. & Tomas M., (1999) Ipotesi diagnostiche e relazione terapeutica: ricorsività e coerenza nel "Milan Model in *Connessioni* N.5, 67-96
- Mosconi A. (2010). "Il Concetto di "Coordinamento Strategico degli Interventi" come strumento per la costruzione di un piano terapeutico integrato". II° Congresso Internazionale SIPPR del Mediterraneo, *La mente relazionale e l'intersoggettività. Il contributo della psicoterapia sistemica al dialogo tra biologia e psicologia*, Bari, 21-22-23 Gennaio 2010.
- Mosconi A., Tirelli M. & Neglia V., (2013), Il Quadrilatero Sistemico: Una Storia Per Narrare Altre Storie: Il caso di una supervisione sistemica in un Day Hospital Territoriale, *Terapia Familiare* n.101, 67-92
- Mosconi, A., (2015), "Pensando a Luigi: Sviluppi del Milan Approach al Centro Padovano di Terapia della Famiglia" in *Connessioni*, 25, 51-74
- Mosconi, A., (2016) "A Systemic Approach to Psychological work with Families" in *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, XXI, 2/2016
- Peruzzi, P., Viaro, M. & Mosconi, A. (1994) Psicoeducazione Sistemica, *Terapia Familiare*, 45, 19-28.
- Racamier, P.C, Diatkine R., Lebovici S. & Paumelle Ph, (1970) *Le Psychanalyste sans divan*, Parigi, Payot, trad.it. *Lo psicoanalista senza divano. Lapsicoanalisi e le strutture psichiatriche*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1982. ([ISBN 2228886203](#))
- Rizzolatti G. et al. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Cognitive Brain Research*, Vol.3 n.2, pag.131-141
- Siegel D.J., (1999), *The Developing Mind*, Guilford Press Inc. and Mark Paterson, Trad.it (2001) *La Mente Relazionale*. Milano, Raffaello Cortina
- Siegel D. J. (2014) [Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale](#) Milano, Cortina Raffaello
- Stamenov, N.I., and Gallese, V. (2002). *Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Co.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 15(2), 157–165. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1976.tb00021>.
- Selvini M., Pasquino R., Fiocchi E. & Covini A., (1984), *Alla conquista del territorio*, La Nuova Italia Scientifica
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin & G.F., Prata, G. (1975), *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*, Milano, Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin G.F., Prata G. (1980). *Hypothesizing - circularity - neutrality: Three ghidelines for the conductor of the session*. Family Process, 19: 3-10. (trad.it. *Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*. Terapia Familiare, 7: 7-19)
- Selvini Palazzoli, M., Anolli, L., Di Blasio, P., Giossi, L., Pisano, I., Ricci, C., Sacchi, M., Ugazio, V. (1981) *Sul fronte dell'organizzazione*. Milano, Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1985) *L'individuo nel gioco*. Terapia Familiare, 19: 65-73.

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988) *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano, Cortina.
- Silva B., Mosconi A., Di Donfrancesco A. & Miola C., (2009), Psicoeducazione sistemica con pazienti psicotici: da strategia informativa a strategia riabilitativa, *Terapia familiare* n 90, pp 53-78
- Sullivan H.S. (1953): *Interpersonal Theory of Psychiatry*, Norton Press, New York.
- Onno Van Der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis, Kath, Steele, (2006), *Fantasmî nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano, Raffaello Cortina, 2011
- Van der Kolk, B., (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Milano, Raffaello Cortina
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, Don D. (1967). *Pragmatics of human communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York: W.W. Norton & Co., Inc. (trad. it.: *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma, Astrolabio 1971).

### Sitografia

- Anti-Edipo, <https://it.wikipedia.org/wiki/> , 19/12/2019
- Antipsichiatria, <https://it.wikipedia.org/wiki/>, 22/12/2020
- Basaglia F., <https://it.wikipedia.org/wiki/> 18/11/2020
- Moreno J.L., <https://it.wikipedia.org/wiki/>, 20/01/2021
- Terapia di gruppo, <https://it.wikipedia.org/wiki/>, 31/05/2020
- Zanda G., (2013), *Appunti di Storia della Psichiatria e di Storia dell'Addictologia*, <https://static1.squarespace.com/static/549eb683e4b06f75a6edcf5a/t/54d79f68e4b0e2c0ce54c40d/1423417192144/storiapsichiatria.pdf>

# MODELLI INTEGRATI DI LAVORO CON LE FAMIGLIE IN UN SERVIZIO DI SALUTE MENTALE DIALOGICO. DALL'ESCLUSIONE PSICHIATRICA ALL'INCLUSIONE SOCIALE.

RAFFAELE BARONE<sup>2</sup> & ANGELA VOLPE<sup>3</sup>

[raffaelebarone@virgilio.it](mailto:raffaelebarone@virgilio.it), [angelita.volpe@hotmail.it](mailto:angelita.volpe@hotmail.it)

## Abstract

Gli autori nell'articolo propongono un modello di servizio di salute mentale fondato sui valori della democrazia e della dialogicità e sulla integrazione di approcci di lavoro che vedano gli utenti e le famiglie come destinatari e risorsa allo stesso tempo, insieme agli operatori. Gruppo multifamiliare, open dialogue, comunità terapeutica democratica, inclusione socio-lavorativa, e la loro articolazione, sono il cuore di questo modello. Ciò realizza il passaggio dal lavoro psichiatrico, individualistico, fondato prevalentemente su diagnosi, prescrizione farmacologica e ricovero ad una salute mentale di comunità fondata su psicoterapia di comunità, lavoro con le famiglie e gli utenti attraverso l'ascolto, il sostegno, la loro valorizzazione e l'inclusione sociale nella comunità locale.

Nel nuovo contesto che stiamo descrivendo la terapia individuale, la terapia di gruppo e la terapia familiare si presentano come un "insieme articolabile", complementare e integrato in un processo terapeutico. Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare è un dispositivo nel quale le famiglie si riuniscono per fare esperienze terapeutiche arricchenti assolutamente complementari ad altre forme di terapia.

**Parole chiave:** *gruppo multifamiliare, open dialogue, ambienti facilitanti, inclusione sociale, democrazia, psicoterapia di comunità*

## **Introduzione.**

### **Servizio di Salute Mentale democratico e dialogico.**

La nostra esperienza e riflessione scientifica e culturale ci ha portato oggi a concepire un servizio di salute mentale democratico e dialogico, ispirato ad un codice etico e costituito dai valori di verità, compassione, uguaglianza, libertà, coraggio e responsabilità: ossia le basi delle moderne istituzioni scientifiche e democratiche. Come Harari pensiamo che sia necessario tenere conto che, come tutti i codici etici laici, essi sono un sistema di valori a cui tendere piuttosto che una realtà sociale.

Delle molteplici forme di democrazia noi considereremo, per la nostra riflessione, la democrazia partecipativa che comprende lo sviluppo di tutti gli strumenti utili a fornire informazioni e a favorire e stimolare la collaborazione tra i cittadini e le istituzioni di una comunità locale.

Essa è intrinsecamente collegata ai diritti di cittadinanza per tutti i membri di una comunità, ossia l'insieme dei diritti civili, politici e sociali: il diritto alla vita, alla libertà, alla sicurezza, alla solidarietà sociale, all'assistenza sanitaria, alle pari opportunità di lavoro e di istruzione, alla casa; il diritto di avere potere decisionale sul proprio corpo, sulla propria salute e sulle cure. Il diritto di esercitare i diritti.

---

<sup>2</sup> **Raffaele Barone**, Psichiatra, gruppoanalista, Direttore DSM Caltagirone (CT)

<sup>3</sup> **Angela Volpe**, Psicologa psicoterapeuta gruppoanalista, supervisore di comunità terapeutiche, conduttore di gruppi multifamiliari

Essa rimanda anche al valore della dignità come valore intrinseco, status ontologico dell'uomo. Eva Paleiro sottolinea come essa sia un sentimento chiaramente collegato al riconoscimento di essere prezioso per sé e per il gruppo sociale a cui si appartiene. Sentire di farne parte e di essere inclusi. Etimologicamente significa: "qualità di degno" dal latino *dignitas*, che si traduce come "prezioso" e si riferisce al valore intrinseco dell'essere umano in quanto essere razionale, dotato di libertà e potere creativo; perché le persone possono migliorare e dare una forma alla propria vita mediante l'assunzione di decisioni e l'esercizio della libertà.

Il DSM democratico e dialogico allora si configura come snodo della comunità locale, come laboratorio nel quale convergono, si co-costruiscono e da cui partono le azioni ed i processi di cura che vedono coinvolti con una funzione attiva tutti i protagonisti. Ciò realizza il passaggio dal lavoro psichiatrico, individualistico, fondato prevalentemente su diagnosi, prescrizione farmacologica e ricovero, ad una salute mentale di comunità fondata su psicoterapia di comunità, lavoro con le famiglie e gli utenti attraverso l'ascolto, il sostegno, la loro valorizzazione e l'inclusione sociale.

Per realizzare questo modello di servizi di salute mentale occorre una leadership politico-istituzionale lungimirante e democratica.

In un DSM così concepito possono svilupparsi ed integrarsi approcci di cura democratici, dialogici, umani, compassionevoli, efficaci, quali i gruppi multifamiliari, l'open dialogue, la comunità terapeutica democratica, l'inclusione socio-lavorativa.

Oggi in una società postmoderna dove la democrazia è a rischio, dove è a rischio il dialogo ai vari livelli della socialità, dentro la coppia, dentro la famiglia, tra pari, negli ambienti di lavoro, nella politica, nelle istituzioni, in un sociale dove è sempre più esigua la possibilità per il singolo di partecipare alla vita comunitaria ed esercitare un potere contrattuale, la nostra proposta potrebbe apparire, ad uno sguardo superficiale, utopica o dissonante.

Siamo consapevoli che oggi l'approccio dominante attuale in ambito sanitario, sia a livello nazionale che internazionale, è quello biomedico e burocratico, tendente ad una logica prestazionale e parcellizzante piuttosto che comunitaria e capace di considerare la persona nella complessità della propria intersoggettività e dei propri bisogni di cura.

In contrasto a tutto ciò noi ipotizziamo, invece, che gli approcci di cui parliamo si stiano sviluppando e diffondendo con successo e con ottimi e comprovati esiti proprio perché tali valori, fondamentali per il benessere degli individui e della società, sono attualmente a rischio. Tali approcci restituiscono benessere a tutte le persone coinvolte, attivano relazioni fondate sulla compassione, sul coinvolgimento emotivo-affettivo, sulla solidarietà, sulla comprensione profonda dell'altro, sulla riattivazione della dimensione emotiva e personale anche dei terapeuti e degli operatori.

Il coinvolgimento emotivo e personale degli operatori, lungi dall'essere considerato un ostacolo alla cura, viene anzi utilizzato come risorsa indispensabile per instaurare una autentica relazione empatica capace di generare effetti trasformativi, sia a livello emotivo-affettivo sia a livello cognitivo, così come sostengono anche le moderne teorie e ricerche neurobiologiche.

In accordo con Panksepp e Biven riteniamo che l'idea che il terapeuta debba essere emotivamente neutrale non solo è impossibile, ma anche deleteria per l'impresa terapeutica. È impossibile essere neutrali poiché tutte le persone hanno un bisogno innato di relazioni positive.

Attraverso gli approcci suddetti è possibile operare un fondamentale passaggio concettuale e sostanziale dal malessere al benessere mentale, dal paziente e dall'operatore alla persona, dalla malattia alla sofferenza, dall'esclusione all'inclusione sociale, dal blocco emozionale alla narrazione della storia, dalla paura alla felicità.

### Comunità Locale, ambiente abilitante e recovery

Quando ci riferiamo ad un ambito territoriale politicamente o culturalmente delimitato, come una città, un quartiere, o un qualsiasi altro contesto ambientale di convivenza socio-politica, il concetto di comunità locale

ci aiuta ad identificare lo spazio mentale e relazionale in cui andare a valutare la qualità ed il livello di salute mentale che lo caratterizzano.

La comunità locale rappresenta infatti il contesto relazionale ed il campo mentale su cui intervenire con pratiche di sviluppo sociale, di partecipazione politica, di benessere relazionale, di costruzione, di significato e co-visione, attraverso le quali garantire la qualità della salute mentale di tutti i suoi membri e delle reti sociali che li attraversano.

L'ambiente abilitante più idoneo che permette lo sviluppo delle potenzialità delle persone è il setting di gruppo nelle sue diverse forme e modalità operative che descriveremo successivamente.

La maggior parte degli studi ha rilevato che solo il 20-25% di un determinato campione di persone con sofferenza mentale va incontro al decorso di progressivo deterioramento. I clinici vedono i pazienti nel momento della crisi, quindi quando il mare è in tempesta. E confondono il mare in tempesta con il mare. Il mare, in natura, diventa sereno e ciò avviene anche per gli esseri umani. Se incontriamo una persona soltanto quando è malata, come tipicamente accade nei contesti clinici, ci sentiamo autorizzati a concludere che è sempre malata. Nel valutare la condizione delle persone affette da grave patologia mentale dovremmo considerare una serie di fattori sociali patogeni quali povertà, disoccupazione, bassa scolarità, pregiudizi, discriminazioni, problemi di salute fisica, ingiustizie, difficoltà di accesso al sistema sanitario. Trattare un qualsiasi individuo come se il suo destino fosse predeterminato e senza speranza sulla base di una diagnosi psichiatrica, come per qualsiasi altra malattia cronica, significa porre dei limiti alle risorse e all'immaginazione tanto dei clinici quanto dei loro pazienti, e impedire la possibilità di pensare alla guarigione.

*Recovery* è il nome del processo di guarigione dalla grave patologia mentale che va al di là del controllo o della eliminazione dei sintomi e si fonda sulla possibilità di superare il trauma della malattia, le conseguenze dei trattamenti e spesso dei mal-trattamenti, la perdita delle capacità e delle opportunità di accesso ad attività che hanno un significativo valore personale.

Il miglioramento della salute mentale, in un'ottica di *recovery*, si basa infatti sulla possibilità di usufruire di contesti socio-professionali nei quali utenti e operatori abbiano la possibilità di vivere relazioni significative ed emotivamente investite, co-costruendo una rete di sostegno sociale capace di veicolare *empowerment personale* e di favorire un'evoluzione culturale e civile che può a sua volta tradursi, per ciascun utente, in una forma di esistenza il più possibile gratificante e soddisfacente, a cominciare dal miglioramento della qualità della vita, attraverso la cura ed il sostegno delle relazioni affettive e dell'inserimento lavorativo.

### Gli esseri umani vivono in gruppi

Gli esseri umani vivono sempre e da sempre in gruppi. I gruppi a loro volta non possono essere compresi se non nella loro relazione con gli altri gruppi e nel loro contesto esistenziale. Foulkes era consapevole del fatto che solo grazie ad una particolare astrazione possiamo isolare tra loro i fattori biologici, sociali, culturali ed economici.

Il gruppo tende da sé a funzionare come insieme e a diventare produttivo. Quello che possiamo dire agli scettici è che l'elemento terapeutico in gruppo si fonda su un impulso "naturale" presente in ogni essere umano: il profondo bisogno di appartenenza che, per essere soddisfatto, richiede che si trovi un modo per funzionare insieme. Come sostiene Dalal, una delle conseguenze del prendere il gruppo sul serio, nel senso di includere il sociale nella costruzione degli individui, è riconoscere che l'ambito clinico ha bisogno di espandersi per coinvolgere nuovi territori.

La mente, con Foulkes, può essere considerata un fenomeno interpersonale. Essa non è fondamentalmente interna alla persona in quanto individuo, bensì è propria del gruppo. L'individuo è, dunque, nella sua concezione, parte di una rete sociale, un piccolo punto nodale in questa rete e può solo artificialmente essere considerato isolatamente, 'come un pesce fuor d'acqua'. In tutti i dispositivi suddetti la dimensione gruppale e quella sociale sono la sede dei processi di cura e di trasformazione.

Il dialogo è la via maestra attraverso la quale gli uomini si connettono tra di loro ed attraverso questa connettività che noi tutti costruiamo noi stessi come esseri umani.

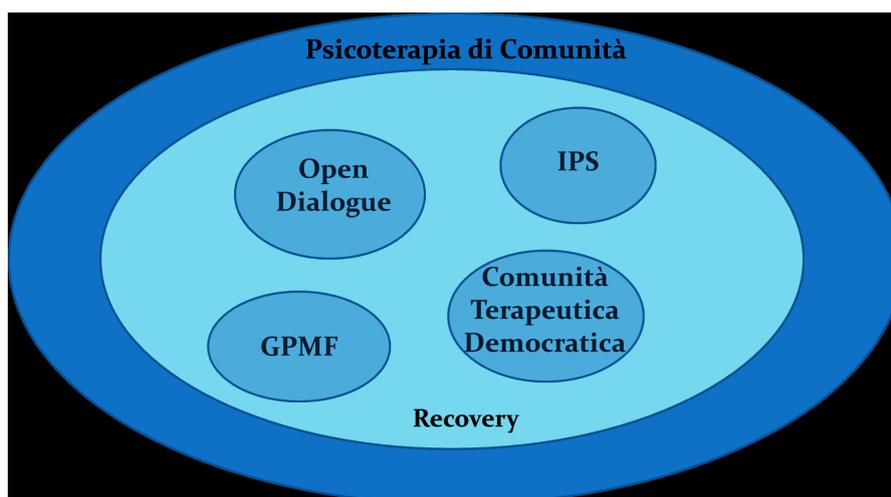
La vita è relazionale, le persone nascono e vivono all'interno di relazioni, ma sono sempre diverse tra loro. Dobbiamo riconoscere e accettare l'altro, rispettare la sua alterità, senza condizioni.

Come ci insegnano Tom Erik Arnkil e Jaakko Seikkula, le pratiche dialogiche introducono un cambiamento radicale: la possibilità di incontrare gli utenti come esseri umani nella loro pienezza. Il potere del dialogo nel processo di guarigione è insieme sorprendente e sconvolgente, e la pratica basata sulla mutualità ha sconcertato non poco sia le persone che cercavano aiuto sia i professionisti.

Se l'uomo senza il gruppo non può vivere, allora bisogna lavorare con i gruppi.

Alla luce di quanto appena detto, mettere al centro la persona utente significa allora ripensare ad approcci gruppalmente piuttosto che individualistici, centrati sui gruppi, sulla psicoterapia di comunità, sulla psicoanalisi sociale. Ci riferiamo ad approcci nei quali i principi della democraticità ed il rispetto dei diritti e della dignità delle persone con sofferenza psichica e delle loro famiglie vengono perseguiti e praticati, essendo considerati parte essenziale dello stile di lavoro degli operatori della salute mentale.

Essi sono il Gruppo Multifamiliare (GPMF), l'Open Dialogue (OD), la Comunità Terapeutica Democratica (CTD), il Servizio per l'Inclusione Socio-lavorativa (SILS).



Abbiamo fatto una ricerca attenta sui significativi punti di contatto che rendono compatibili e reciprocamente integrabili gli approcci GPMS, OD, CTD, SILS ed abbiamo osservato che:

- Sono **interessanti e coinvolgenti sul piano emotivo**, partecipativo e personale;
- Favoriscono **l'umanizzazione dell'intervento di cura**. I terapeuti, gli operatori mettono a disposizione e al servizio del gruppo, del paziente e della famiglia la propria personale esperienza umana, le proprie emozioni;
- **Tutti i protagonisti sono "curanti" e "curati"** (pazienti, familiari, operatori, cittadini);
- **Centratura sul "qui ed ora"**. Il focus non è sul sintomo e sulla sua storia, ma sulle parole del paziente, che vengono accolte e riutilizzate dal terapeuta. Valore fondamentale viene dato alla comunicazione attuale come cum-munus (dono reciproco), Le 'parole a metà', condivise, diventano un forte collante relazionale;

- **Comunicazione aperta, autentica, dialogica e polifonica;** L'uso di una comunicazione libera, non imbrigliata in schemi rigidi e preordinati si fonda sul principio che nel lavoro terapeutico più si è autentici, più si è efficaci;
- **Il 'dialogo' è la parte sostanziale del processo;** in questi approcci, come nel gruppo allargato, le persone parlano tra loro in modo creativo ed intuitivo, la mente non emerge automaticamente, è il risultato di una continua tensione dinamica nel dialogo, un continuo miracolo di psicogenesi, è un processo miracoloso, essendo la parola derivata da una esperienza soggettiva di meraviglia, stupore, curiosità, sorpresa, gioia, piacere riguardante qualsiasi cosa nuova o creativa;
- **Assenza di atteggiamento interpretativo;** non è importante una verità da scoprire, ma una nuova realtà da costruire insieme.
- **Focus sulla Riflessività;** Fonagy ha sottolineato la fondamentale importanza della funzione riflessiva come capacità di riconoscere gli stati mentali propri e altrui, alla base della capacità di mentalizzazione. L'Open dialogue prevede nella pratica operativa il team riflessivo che svolge questa specifica funzione;
- **Importanza centrale della gruppaltà e della socialità;** la mente, con Foulkes può essere considerata un 'fenomeno interpersonale'. Essa non è fondamentalmente interna alla persona in quanto individuo, bensì è propria del gruppo. Riprendendo il modello della Palleiro della 'mente nella trama rizomatica', viva e reale, possiamo concepire i dispositivi su citati come una trama nuova, che può aprire nuovi spazi della mente;
- **Attenzione all'individuo, alla famiglia, al gruppo e alla comunità locale ed alle loro relazioni;** tutti i dispositivi mirano al coinvolgimento attivo e alla dinamizzazione della rete relazionale familiare e comunitaria dell'individuo ed il cambiamento atteso riguarda ogni punto nodale di questa rete, che diventa soggetto e oggetto del processo di cura. In un'ottica di psicoterapia di comunità, il lavoro terapeutico è in stretto rapporto con le comunità e i territori (concreti e mentali) di appartenenza dei soggetti coinvolti: curati, curanti, familiari, vicini, semplici cittadini. La prassi terapeutica risulta così fondata sul binomio cultura-cura, sulla promozione di reti sociali, sulla comunità come fondamentale protagonista (destinatario, soggetto, risorsa) dei processi terapeutici.
- **Democraticità;** nel GPMF, nell'OD, nell'IPS, nella CTD tutti i pareri e le 'voci' sono importanti ed hanno egual valore. Le decisioni vengono prese insieme tra tutti gli attori. Il potere decisionale è restituito al paziente ed alla famiglia. Ciò si configura come un cambiamento epistemologico: il terapeuta, gli operatori non propongono interventi, ma si mettono al servizio del paziente e della famiglia, garantendo ascolto, valorizzazione e rispetto delle decisioni e del progetto scelto dal paziente;
- **Enfasi sugli aspetti positivi, propositivi;** vengono valorizzati tutti i partecipanti e sottolineati gli aspetti positivi di tutti gli interventi;
- **La com-passione dei terapeuti;** negli approcci su descritti il processo trasformativo riguarda profondamente sia il paziente che il terapeuta ed è subordinato alla capacità del terapeuta di sentirsi coinvolto emotivamente per poter incontrare il paziente autenticamente e su un livello profondo, sottocorticale, per dirla con Panksepp. La compassione dunque può essere di importanza cruciale per l'atteggiamento del prendersi cura degli altri che è essenziale per una terapia efficace;
- **La crisi è un momento topico,** doloroso, ma potenzialmente fondamentale per generare un vero processo trasformativo. Nel suo significato etimologico, dal greco *krinos* (separare, discernere) possiamo recuperare la dimensione trasformativa che è intrinseca alla separazione e alla rottura degli equilibri che l'hanno preceduta.

### Il Servizio di Salute Mentale di Caltagirone-Palagonia e integrazione degli approcci

Le riflessioni che qui stiamo argomentando scaturiscono dalla esperienza che si sta sviluppando nel servizio di salute mentale di Catania ed in particolare nel distretto di Caltagirone-Palagonia. Riteniamo utile una

premessa relativa al territorio cui ci riferiamo che permetta di contestualizzare le riflessioni inserendole nel contesto territoriale, politico e sociale nel quale hanno avuto origine.

Il servizio di salute mentale di Caltagirone-Palagonia insiste sul territorio siciliano, nel comprensorio calatino sud Simeto, il quale accoglie una popolazione di circa 144.000 abitanti distribuiti in 15 comuni, la cui economia è prevalentemente caratterizzata da agricoltura, artigianato, servizi e turismo e dove sono presenti due distretti socio sanitari e due piani di zona.

Il modulo dipartimentale di Caltagirone-Palagonia è composto da due centri di salute mentale, 10 ambulatori territoriali con équipe multidisciplinare, due centri diurni, un SPDC, una comunità terapeutica pubblica, una REMS, un centro per la psicoterapia familiare e di comunità e per l'inclusione socio-lavorativa (SILS), un Ser.D, un servizio di neuropsichiatria infantile.

In questo territorio, storicamente, si sono sviluppate pratiche innovative nel campo della salute mentale e di comunità, fondate su un costante lavoro di integrazione tra i servizi di salute mentale, gli enti locali, la rete delle associazioni e la rete del privato sociale, la rete delle associazioni dei familiari e utenti connesse con istituzioni scientifico-professionali note a livello nazionale e internazionale. La presenza di numerose comunità terapeutiche, comunità alloggio, gruppi appartamento, fattorie sociali, REMS, cooperative di tipo B di inclusione lavorativa nel tempo ha determinato la presenza di utenti portatori di patologia mentale molto grave, circa 500, provenienti da tutta la Sicilia e con la REMS da diverse regioni d'Italia.

Il Calatino è un territorio ricco di beni architettonici e di importante tradizione artistica, artigianale e agricola. Caltagirone e Militello Val di Catania sono stati riconosciuti dall'Unesco come Patrimonio dell'Umanità. Negli ultimi anni il territorio si è progressivamente impoverito, sia economicamente sia politicamente. Significativi sono i nuovi fenomeni sociali rappresentati dalla emigrazione di giovani intellettuali in cerca di lavoro al nord Italia o all'estero, da modifiche delle abitudini sociali e familiari tendenti alla dipendenza e dalla scarsa propensione all'impegno imprenditoriale, politico e sociale.

In questo contesto ricco di contraddizioni il DSM si configura come un laboratorio creativo per sviluppare benessere mentale.

L'ipotesi teorica e pratica che vogliamo sostenere è che ogni metodologia possa estrinsecare ancor più la propria valenza terapeutica se integrata con altri dispositivi, tra i quali primariamente i GPMF, l'OD, il modello IPS di supporto individuale all'impiego, la CTD, in un DSM orientato alla *recovery* e in un'ottica di Psicoterapia di Comunità.

I Protocolli metodologici, adattati alla specificità del territorio, si applicano nel servizio in parallelo:

1. Comunità terapeutica democratica ispirata alla metodologia del *Living Learning Experience*. Tutti gli operatori del servizio hanno partecipato alla formazione residenziale LLE con la supervisione di Rex Haigh (membro del Royal College of Psychiatrists di Londra) presso la fattoria sociale Terra Nostra di Caltagirone, sede distaccata e autorizzata di Londra. Viene adottata dalla comunità terapeutica pubblica di Santo Pietro, dalle due REMS di Caltagirone e dalla comunità terapeutica un giorno la settimana per gravi disordini di personalità, presso il centro diurno del MDSM Calatino.

2. Open Dialogue: intervento con le famiglie e la rete sociale in gruppo per la gestione dell'esordio della grave patologia psichiatrica, al fine di evitare che si strutturi una transazione psicotica. Attraverso un intervento precoce sulla crisi, centrato sulla famiglia e la rete sociale, e non sull'individuo e sul sintomo, per ridurre al minimo i ricoveri ospedalieri. È stata svolta formazione di base con lo staff finlandese di Jaakko Seikkula e successiva formazione permanente di 60 operatori.

3. Gruppi Multi-familiari: metodologia d'elezione per il trattamento delle patologie psicotiche. Introdotti in collaborazione con la LIPSIM (Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare) i gruppi, composti da

utenti, familiari e operatori del settore, vengono attivati in qualsiasi fase della patologia. Si svolge formazione permanente dei conduttori di gruppo sia dell'approccio sistemico che psicoanalitico. Alla formazione partecipano anche alcuni familiari ed utenti.

4. Inclusione socio-lavorativa: IPS: sostegno all'impiego nel libero mercato. È stata effettuata formazione a cura dello staff IPS di Bologna. Rientrano in quest'ambito altre metodologie: green care e fattorie sociali, cooperative tipo B, facilitatori sociali; budget di salute: progetti terapeutici individualizzati.

### **Creazione di servizi multifamiliari.**

Nel nuovo contesto che stiamo descrivendo la terapia individuale, la terapia di gruppo e la terapia familiare si presentano come un "insieme articolabile", complementare e integrato in un processo terapeutico. Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) è uno spazio nel quale le famiglie si riuniscono per fare esperienze terapeutiche arricchenti assolutamente complementari ad altre forme di terapia (individuale, familiare, ecc.). La psicoanalisi multifamiliare può essere applicata in tutti i contesti in cui si lavora per il benessere delle persone, dalla salute mentale alle organizzazioni. La metodologia del GPMF permette di promuovere l'ascolto, il dialogo ed il miglioramento della qualità della comunicazione e delle relazioni sia all'interno delle famiglie che nei gruppi e contesti lavorativi, scolastici, aziendali e altri. Ciascun partecipante può avere l'occasione di sviluppare nuove risorse emotive e di sentirsi in condizioni migliori per gestire i conflitti che vive con gli altri e quelli che ha vissuto e che vive con se stesso, e che originano dalla 'presenza degli altri in noi'.

La psicoanalisi multifamiliare nasce in Argentina alla fine degli anni '50 ad opera di Jorge Garcia Badaracco, psichiatra e psicoanalista, come metodo di cura per la guarigione dalla psicosi utile ai pazienti, ai genitori e agli operatori.

Il GPMF è composto da un grande gruppo di circa trenta, quaranta persone tra operatori, pazienti, genitori e/o altri familiari o 'altri significativi', i quali partecipano ad una 'libera conversazione' in cui ognuno può esprimere quello che pensa e può sentire di poter contare su qualcun altro, nel tentativo di ritrovare se stesso.

L'obiettivo principale del processo terapeutico è quello di evidenziare l'esistenza di interdipendenze patologiche e patogene e cercare di aiutare le persone a pensare che la situazione apparentemente senza via d'uscita nella quale si trovano è legata ad episodi traumatici avvenuti in passato, che hanno dato origine alla costituzione di legami simbiotici paziente-genitore, i quali poi hanno influito negativamente sui processi di identificazione. Queste identificazioni cristallizzate vanno messe in discussione, cercando di avviare processi di disidentificazione dell'uno dall'altro, che Badaracco definisce come processi di vera e propria disalienazione. Con la speranza che, a questo punto, sia possibile per il paziente cominciare ad abbandonare aspetti del proprio 'falso sé' che finora gli sono stati necessari per sopravvivere, ed accedere al riconoscimento di parti del 'vero sé', finora del tutto sconosciute.

Il GPMF si costituisce come spazio di cura per tutti i partecipanti. Tutti sono curanti e curati. Inoltre il gruppo diventa la sede di un possibile dialogo tra operatori con formazione ed esperienza diversa; linguaggi e vertici osservativi differenti possono trovare un terreno dove essere condivisi. Lo spazio del gruppo, attraverso la condivisione di semplici ma fondamentali regole quali l'ascolto attento e senza interruzioni di chi parla e l'atteggiamento non giudicante, diventa il territorio dove, forse per la prima volta, è possibile per ognuno sperimentare la compresenza e la legittimità di pensieri anche molto diversi fra loro; nel gruppo, infatti, non è importante avere ragione, ma essere ascoltato.

### Il gruppo multifamiliare nella pratica

Ciò che ci ha sempre affascinato del GPMF è che in questo elemento, singolo e multiforme, si crea, quasi magicamente, lo spazio per la definizione e ridefinizione di aspetti altrimenti silenti. Questo 'non detto' trova nel gruppo un momento unico di riflessione/rispecchiamento, un'occasione in cui poter rintracciare corrispondenze degli altri in noi. Secondo l'approccio della psicoanalisi multifamiliare si crea, infatti, un

contesto di “rispecchiamento metaforico” all’interno del quale molte persone interagiscono e sviluppano una rete di dialogo e vedono ‘gli altri come specchi viventi’.

Riecheggiano così nella nostra mente e nel labirinto delle nostre orecchie, le parole udite durante il I Forum Salute Mentale sul tema “I gruppi multifamiliari in salute mentale. Esperienze a confronto” tenutosi a dicembre del 2018. I parenti dei pazienti esprimevano proprio la necessità di dare voce a un dolore e dare spazio a una sofferenza sorda e profonda.

Sarebbe difficile e forse dispersivo riuscire a raccontare tutte le esperienze di gruppo che da anni trovano luogo, occasione, opportunità, all’interno dell’ASP di Catania. Ci viene incontro in questo un’ulteriore esperienza di gruppo: da tre anni, infatti, i molti gruppi nati nei DSM, SPDC, CTA, Centri Diurni, SILS, Cooperative Sociali si incontrano a loro volta in un **gruppo di covisione**, dove i conduttori di gruppi multifamiliari di vari contesti e di varie formazioni possono “guardarsi” l’un l’altro e creare ulteriori momenti di riflessione/rispecchiamento.

Il gruppo di covisione rispecchia, infatti, perfettamente l’esigenza di incontro nata nelle diverse realtà che al suo interno si muovono (aree territoriali di Catania città, Acireale-Giarre, Adrano-Paternò, Caltagirone-Palagonia). Esso ci permette inoltre di capire le paure iniziali di giudizio, di imbarazzo ma, anche la spinta a voler raccontare, definire e ridefinire cosa vivono i membri di un gruppo che si *crea*.

In particolare, il GMF offre la possibilità di ri-creare e ri-proporre ai membri un clima familiare che per loro il più delle volte è sempre stato carente, incrinato, spezzato; recuperando un vissuto di sostegno e supporto che contrasta il senso di abbandono che molti pazienti e familiari vivono e riportano nelle loro storie.

Dai racconti degli operatori che conducono i Gruppi Multifamiliari si evince che “il gruppo” è diventato “un appuntamento atteso” non solo dai familiari, per entrare in comunicazione con l’altro e per creare una rete di risorse e opportunità.

*“Il GMF è un giorno che attendo per me. La prospettiva è cambiata nel senso che è aumentata la fiducia nei familiari (oltre che dei familiari verso noi operatori). Più il familiare è partecipe più aumenta la fiducia terapeutica, perché aumenta il coinvolgimento anche prettamente “fisico”, cioè di frequentazione della comunità da parte dei familiari. L’impatto che ha avuto su di me è il cambio di prospettiva personale, nel senso che nei GMF riesco a percepirmi e a sentirmi anch’io un curato e non solo un curante”* (L. operatore di comunità). Dai racconti e resoconti dei GMF la parola fiducia emerge spesso, in contrapposizione alle iniziali riflessioni sulle difficoltà, impossibilità, demotivazioni e frustrazioni.

Tale cambiamento instaura una modificazione profonda della percezione della qualità di vita del paziente e dei familiari e della speranza nel cambiamento e nella cura. Incidendo non solo sulla *compliance* ma, anche, sulla percezione di autoefficacia degli operatori.

Il lavoro sostenuto attraverso i GMF entra in rete con il territorio, attraverso un *setting* aperto e accogliente e grazie alla fiducia che i legami strutturati all’interno promuovono. Tutto ciò si definisce come espressione di una multidisciplinarietà in un contesto, come quello psichiatrico, complesso e articolato, dando spazio ad un approccio che si prolunga nel tempo e soprattutto conscio del reale contesto di vita del paziente.

## Conclusioni.

Tutti gli approcci descritti e la loro articolazione hanno cambiato il clima del servizio di salute mentale, orientandolo verso il **benessere mentale di comunità**.

Attraverso gli approcci suddetti è possibile operare un fondamentale passaggio concettuale e sostanziale dal malessere al benessere mentale, dal paziente e dall’operatore alla persona, dalla malattia alla sofferenza, dall’esclusione all’inclusione sociale, dal blocco emozionale alla narrazione della storia, dalla paura alla felicità.

Nella nostra esperienza, che può essere sicuramente connotata in termini positivi, abbiamo notato che l’uso degli psicofarmaci si è notevolmente ridotto nei casi di esordio psicotico, che il numero dei ricoveri ospedalieri è diminuito ma anche il clima relazionale fra gli operatori del servizio è migliorato e si rileva un maggior

coinvolgimento delle famiglie. Di tutti i casi seguiti con l'approccio open dialogue, nessun utente, ad oggi, si trova inserito in strutture residenziali, né in questi anni ha fatto ripetuti ricoveri ospedalieri. La maggior parte è tornata alla propria vita lavorativa e sociale.

In sintesi possiamo dire che siamo i 'visitatori' delle persone che ci danno il permesso di visitare la loro vita, ma noi non siamo gli individui più significativi nella loro vita. È più importante che i pazienti siano compresi dai loro familiari o dai propri amici e conoscenti. È così che il paziente riesce a farsi capire, ascoltare e valorizzare come persona.

Otto gruppi multifamiliari nel DSM di Caltagirone e 24 gruppi multifamiliari in tutto il DSM di Catania, due aule di formazione continua ECM ai GMF con la partecipazione anche di familiari e utenti, due aule di formazione all'open dialogue, la presenza di 20 facilitatori sociali attivi da tre anni e numerosi inserimenti sociali e lavorativi, ci convincono che è possibile nella pratica e nella teoria attivare servizi di salute mentale inclusivi e partecipati.

L'innovazione della esperienza italiana scaturita dalla eredità lasciataci dal lavoro di Franco Basaglia e dai principi e filosofia della Legge 180, ci ha permesso di portare fuori dalle residenze il concetto di comunità terapeutica democratica. Il focus dell'intervento si è spostato sulla comunità locale pensata e concepita come una rete di gruppi e di agenzie locali sinergici e inclusivi, che promuovono inclusione sociale e cultura della *recovery*. La comunità terapeutica democratica come ambiente abilitante diventa la comunità locale inclusiva dialogica e democratica.

Mentre scriviamo siamo in piena fase di pandemia da Covid-19. Dopo un iniziale momento di sospensione dei gruppi, si è deciso di effettuarli da remoto, attraverso piattaforme online che permettessero in forma creativa l'incontro. Essenziale a tale scopo è stato il gruppo di covisione sui gruppi multifamiliari, che si è riunito su piattaforma web ogni 15 giorni e che ha potuto inizialmente sognare e successivamente progettare il gruppo multifamiliare online. In poche settimane si sono riavviati tutti i gruppi, molti dei quali hanno intensificato la cadenza, per rispondere alle esigenze emerse all'interno del gruppo. Il gruppo di covisione rimane lo spazio dove mantenere vivo il pensiero sull'esperienza e lo scambio di riflessioni, modalità operative e vissuti tra i conduttori.

Abbiamo attraversato prima tra conduttori di gruppo, poi con i partecipanti coinvolti durante il multifamiliare, la fatica iniziale di adattarci ad uno strumento che per molti di noi non era consueto. La tecnologia poteva essere concepita come qualcosa che sottraeva all'incontro il corpo, lo sguardo, il contatto e la preoccupazione era che il distanziamento fisico non ci permettesse di sperimentare una prossimità emotiva. Abbiamo tollerato l'incertezza. Ci siamo sorpresi della possibilità di alimentare lo sforzo di un ascolto ancora più attento, resistente alle interruzioni di connessione, autentico, profondo e paziente. Ciò ha fatto del gruppo multifamiliare online una esperienza possibile e appagante per tutti i partecipanti ed ha rinnovato la consapevolezza del desiderio e della efficacia del lavoro multifamiliare.

Questa possibilità si è successivamente estesa creativamente a tutti gli altri tipi di gruppo nel servizio e nelle comunità.

## Bibliografia.

- Aaltonen J., Seikkula J., Lehtinen K. *The comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland : the incidence of non-affective psychosis and prodromal states*. Psychosis. 2011;
- Arnkil T.E., Seikkula J. *Metodi dialogici nel lavoro di rete*. Erickson; 2012.
- Andersen T. (1991). *The reflecting team: dialogues and dialogues and dialogues* New York: Norton.
- Bachtin M. (1981). *The dialogic imagination*. Austin: University of Texas Press.
- Badaracco Garcia J. (1986). *Identification and its vicissitudes in the Psychoses. The Importance of the Concept of the Madding Object*. Int. J.Psycho-Anal.

- Badaracco Garcia J.E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar - Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Editoria Paidós.
- Barone R., Bruschetta S. *La comunità terapeutica nella comunità locale per la cura della grave patologia mentale* Testo disponibile al sito [www.mitoerealta.org](http://www.mitoerealta.org): CT\_e\_Comunità\_locale\_-\_Barone\_Bruschetta\_1.pdf
- Barone R., Bellia V., Bruschetta S. *Psicoterapia di Comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale*. Milano: Franco Angeli; 2010
- Barone R., Bruschetta S., Frasca A. (2014). *Gruppoanalisi e sostegno all'abitare*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Barone R., Volpe A. *Il GPMF e l'Open Dialogue: strumenti di una psicoterapia di comunità in Interazioni*, Rivista di Psicoanalisi N.2/2017
- R. Barone, A. Volpe (2018) *Democrazia e dialogicità per il benessere mentale di comunità. Una proposta di integrazione tra approcci complementari* in Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici Volume 17- settembre 2018
- Bruschetta S., Barone R., D'Alema M. (2012). *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.
- Bruschetta S., Frasca A., Barone R. *Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented*. In Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, rivista online di psichiatria. 2016.
- Bruschetta S., Barone R., D'Alema M. (2012). *La metodologia IPS per un sostegno all'impiego orientato alla recovery*.
- Bruschetta S., Bellia V., Barone R. (2015). *Manifesto per una psicoterapia di comunità a sostegno della partecipazione sociale: la psicoterapia individuale e quella di gruppo rispondono ancora ai bisogni di cura della società?* Plexus, Rivista del Laboratorio di Gruppoanalisi
- Dalal F. (1998). *Taking the Group Seriously*. London: Jessica Kingsley. (Trad. it. *Prendere il gruppo sul serio*. Milano: Raffaello Cortina, 2002).
- Davidson L., Tondora J., Lawless M.S., O'Connell M.J., Rowe M. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Foulkes S.H. (1948). *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy*. London: Heinemann medical Books Ltd. (Trad. It. *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. Roma: Ed. Universitarie Romane, 1991)
- Foulkes S.H. (1973). *The group as a matrix of the Individual's Mental Life*. In Wolberg R., Schwartz E.K. (a cura di), *Group Therapy. An Overview*. New York: Intercontinental Medical Books (Trad. It. *Il gruppo come matrice della vita mentale dell'individuo*. In Wolberg L.R., Schwartz E.K. (a cura di), *Terapia di gruppo: una rassegna*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1974).
- Haigh R., Harrison T., Johnson R., Paget S., Williams S. (2012). *Psychologically informed environments and the "Enabling Environments" initiative. Housing, Care and Support*
- Haigh R., Worrall A. (2002). Cit. in *Service Standards for Therapeutic Communities*, 9th Edition Edited by Sarah Paget, Josie Thorne, Arun Das Publication Number: CCQI196 June 2015.
- Harari Y. N. *21 lezioni per il XXI secolo* Saggi Bonpiani 2018
- Jervis G. (1975). *Manuale critico di psichiatria*. Milano: Campi del sapere, Feltrinelli.
- Main T. (1946). *The hospital as a therapeutic institution*. Bulletin of Menninger Clinic.
- Palleiro, E. 2015 *"Como cura el grupo de psicoanálisis multifamiliar"*, Atti del Congresso di Bilbao, "II Giornate Europee di Gruppo Multifamiliare" 2015
- Panksepp J., Biven L. (2014) *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Raffaello Cortina Editore.

**COMMENTO ALL'ARTICOLO "MODELLI INTEGRATI DI LAVORO CON LE  
FAMIGLIE IN UN SERVIZIO DI SALUTE MENTALE DIALOGICO.  
DALL'ESCLUSIONE PSICHIATRICA ALL'INCLUSIONE SOCIALE"; SCRITTO DA  
RAFFAELE BARONE E ANGELA VOLPE**

**EDOARDO PERINI<sup>4</sup>**

[www.edoardoperini.it](http://www.edoardoperini.it)

Ho apprezzato l'articolo di Barone e Volpe, in cui viene descritto il loro appassionante lavoro presso il centro di salute mentale di Caltagirone, in Sicilia.

Da sistemico che da anni lavora in un ambito di prevenzione per eccellenza, la scuola, sono felice di constatare che, anche in un contesto dove viene trattata la grave malattia mentale, si lavora per promuovere una cura delle persone non basata sulla passivizzazione del paziente designato, ma sul reinserimento nel contesto sociale a cui esso appartiene.

Ritengo che la proposta degli autori promuova alcuni principi generali affini all'approccio sistemico, che, purtroppo, i modelli medici neokraepeliniani, tendono ad ostacolare:

- i pazienti sono attivi costruttori del loro benessere, quindi vanno coinvolti nel processo terapeutico che li riguarda;
- gli individui non vanno considerati come monadi, ma come persone immerse in relazioni che, modificandosi, possono influenzare il loro stato patologico. Per questo motivo, secondo l'approccio sistemico (Ugazio, 1989) è fondamentale, nei casi di grave patologia mentale, il coinvolgimento della famiglia, tanto più quando il paziente non è portatore di una domanda terapeutica;
- il sintomo non è soltanto un problema da eliminare: al contrario, esso veicola significati che aiutano a comprendere la posizione del paziente che li manifesta. Nella letteratura sistemica, infatti, si parla di 'effetto pragmatico del sintomo' (Watlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., 1967), per indicare che gli effetti del problema sulle relazioni sono spesso utili per comprendere il significato paradossale che, attraverso di esso, il paziente veicola. Le ricadute, seguendo questa logica, non sono eventi tanto infausti quanto inevitabili, ma momenti drammatici e carichi di significati che, se compresi, posso promuovere strategie terapeutiche utili a superarli.

Ritengo che alcuni temi trattati nell'articolo meritino approfondimento: l'esclusione sociale è tipica di tutte le patologie psichiatriche? Oppure esistono pazienti psichiatrici che non hanno tale tipo di problematica? E quali sono gli strumenti tecnici che la psicoterapia può mettere in campo per permettere ai pazienti di migliorare la loro salute mentale? Barone e Volpe, in questa sede, non entrano nel dettaglio: la loro proposta contiene quindi importanti obiettivi generali, che vanno considerati come una base da cui partire per creare un contesto entro cui compiere azioni terapeutiche specifiche. In un servizio siffatto, l'intervento sistemico, portatore di un notevole bagaglio tecnico, frutto di una lunga esperienza di lavoro con i pazienti affetti da grave patologia mentale, avrebbe la possibilità di esprimere a pieno le proprie potenzialità.

### **Bibliografia.**

- Ugazio V. (1989). L'indicazione terapeutica: una prospettiva sistemico-costruttivista. *Terapia Familiare*, 31, 27-40.
- Watlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W. W. Norton & Co., Inc. (trad. it 1971) *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

---

<sup>4</sup> **Edoardo Perini**, Psicologo e Psicoterapeuta Sistemico-relazionale Didatta presso l'E.I.S.T. Psicologo Scolastico Psicologo della Disabilità.

## INTERVENTI SISTEMICI IN UN SERVIZIO PSICHIATRICO DURANTE LA PANDEMIA

PATRIZIA FRONGIA<sup>5</sup>

[pafrong@gmail.com](mailto:pafrong@gmail.com)

### Il servizio

Il Centro di Riabilitazione Psichiatrica Territoriale è una struttura residenziale che può accogliere fino a venti persone, la cui degenza riabilitativa può avere una durata massima di diciotto mesi, mentre il Centro Diurno è aperto agli utenti del territorio per le attività riabilitative sia di poche ore che di durata giornaliera, senza limite di tempo. Al CRA e CD che fanno parte della U.O.C. Psichiatria, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, si accede su proposta dello psichiatra curante, che sottopone la richiesta al parere dell'equipe al fine di predisporre un Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale. L'attività riabilitativa viene svolta nei vari servizi territoriali del Policlinico (CPS e CD), oppure mediante l'ammissione del paziente alla Comunità Riabilitativa di Alta Assistenza (CRA). I professionisti che hanno in carico gli ospiti appartengono a tre realtà psichiatriche del Policlinico: il Centro Psico-Sociale, il Centro Diurno e la Comunità Riabilitativa di Alta Assistenza. Psichiatri, psicologi, neuropsicologi e infermieri, ma anche figure dedicate (come gli educatori professionali e i terapisti per la riabilitazione psichiatrica) si prendono cura degli ospiti quotidianamente, indirizzandoli e sostenendoli durante tutto il lavoro di cura. Nei vari servizi sono attivi anche percorsi specifici per accompagnare l'utente all'inserimento lavorativo. I nostri pazienti presentano diversi disturbi: Disturbi dell'umore (Disturbo depressivo unipolare e bipolare), Disturbi schizofrenici, Disturbi deliranti, Psicosi, Disturbi di personalità, Disturbi d'ansia grave.

Il nostro obiettivo è creare un ambiente in cui la riabilitazione non si limiti solo all'attività ambulatoriale, ma preveda per gli ospiti e i loro famigliari una terapia sempre più completa, volta al supporto e alla ripresa della loro autonomia e indipendenza nella vita di tutti i giorni. Ogni ospite ha un percorso personalizzato che prevede piccoli step da raggiungere, verifiche periodiche, e una evoluzione che ha come finalità la dimissione, con il reinserimento territoriale. L'obiettivo è quello di recuperare gradualmente le abilità assopite e riprendere a gestire le occupazioni della vita quotidiana, in modo sempre più autonomo.

### Un lavoro sistemico fuori e dentro il servizio territoriale

Un lavoro articolato e integrato a più livelli del sistema: *uno sull'ospite* dal punto di vista riabilitativo clinico e sociale, perché la malattia determina una compromissione delle relazioni, delle abilità cognitive come mettere in sequenza le cose, prendere decisioni, difficoltà d'attenzione e concentrazione e alterazioni della memoria. *Uno sui famigliari* con colloqui individuali e terapia famigliare. *Uno sui gruppi* riabilitativi per ospiti e uno sui famigliari e infine *una colleganza sulla rete territoriale* (servizi di orientamento al lavoro, stage, cooperative...)

### Dal 21 febbraio 2020

Un anno fa, in Lombardia, all'ospedale di Codogno si presentava un giovane di 38 anni in gravi condizioni cliniche. Il sospetto che i suoi sintomi fossero riconducibili al virus Sars-CoV-2 diffusasi in Cina tra dicembre e gennaio, è ormai una realtà. Il Covid-19 dal 21 febbraio ci ha accompagnato e ci accompagna con fasi più o meno gravi, costringendo il governo italiano il 23 febbraio 2020 a prendere provvedimenti.

<http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/-/content-view/view/1215252>

Da quel momento in tutta Italia, vengono prese misure restrittive per fronteggiare la diffusione del virus. Le prestazioni dei Servizi dell'Area della Salute Mentale (Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), della Disabilità e delle Dipendenze costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza, sia in ambito nazionale che regionale, e la continuità terapeutica dell'erogazione è stata ribadita -come una necessità assoluta da garantire anche durante l'emergenza pandemica - da Regione Lombardia con la DGR n. 2906 del 08/03/2020.

---

<sup>5</sup> **Patrizia Frongia**, Psicologa, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Psichiatria e Scienze Relazionali. Psicologa presso CRA e CD della U.O.C. Psichiatria, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano. Presidente SIRTS

Nella nostra struttura operativa su Indicazione della Direzione Sanitaria dal 24 febbraio, oltre ad esporre i cartelli informativi riguardanti le norme igieniche da seguire, sono state limitate tutte le attività riabilitative e terapeutiche, le prime visite in CPS, le uscite degli ospiti del CRA, le visite a famigliari con sintomi para-influenzali sono state sospese.

L'11 marzo 2020 l'OMS per la velocità di diffusione del virus chiede ai Paesi di adottare una strategia su quattro fronti:

- Prepararsi ed essere pronti;
- Individuare, prevenire, curare;
- Ridurre ed eliminare la trasmissione del virus;
- Innovare e migliorare

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dichiarazione-pandemia>

Mentre molti servizi territoriali verranno forzatamente chiusi, case di cura e ospedali saranno in esubero e riconvertiti in reparti COVID-19; alcuni pazienti psichiatrici si ritroveranno soli ad affrontare questa emergenza, altri rientreranno a casa dai famigliari nel periodo di lockdown, costretti in situazioni socio-abitative da ridisegnare. Chi è in regime residenziale al CRA non uscirà fino a maggio e i loro famigliari non potranno avere accesso per le visite per due mesi.

La quarantena ha modificato le giornate di tutti, ma soprattutto per molti utenti le reti attivate nei percorsi di cura verranno meno e in molti casi saranno interrotte.

Nell'ultima indagine ISTAT si dichiara che in Italia le persone assistite dai servizi specialistici perché soffrono di una malattia psichiatrica sono circa 851mila. Una maggiore vulnerabilità allo stress dei nostri ospiti, una assenza di frequenza del centro, contatti solo telefonici, una bassa se non assente compliance farmacologica per alcuni di loro, e le attività relazionali limitate, ci hanno visti impegnati a innovare e migliorare, come suggerito nel 4 punto dell'OMS. Abbiamo dovuto trovare nuovi modi per prevenire l'infezione e minimizzare l'impatto, per evitare scompensi psicotici, scompensi a livello dell'umore, atti autolesivi eterolesivi, e conflitti intra-familiari.

### **Un lavoro in sinergia durante la pandemia**

Dopo ogni DPCM la Direzione Sanitaria si è espressa indicando come procedere in sicurezza per prevenire il contagio all'interno dell'unità operativa. L'innovazione è stata quella di compattarci innalzando i livelli di attenzione verso il mondo interno, a protezione degli ospiti residenziali e per il mantenimento del servizio per gli ospiti più fragili del Centro diurno. L'uso corretto dei DPI, il mantenimento delle distanze tra le persone è stato un lavoro di responsabilità, protezione e cura, in sinergia tra gli operatori e gli ospiti. L'incontro settimanale tra tutti gli operatori è stato l'appuntamento che ci ha permesso di fronteggiare la prima fase della pandemia confrontandoci e allineandoci sui nuovi protocolli e sui processi relativi all'assistenza.

In sinergia con il punto dell'OMS Prepararsi ad essere pronti, questi incontri hanno consentito all'équipe di connettersi, rivedendo le esigenze cliniche degli ospiti per la settimana, e anticipando e preparandosi per le nuove sfide giornaliere. La comunicazione circolare tra gli operatori e la condivisione della prospettiva ha promosso nuove relazioni, risoluzioni dei problemi e una cultura del supporto reciproco e dell'apprendimento. Sono state predisposte diverse attività di prevenzione durante la prima fase per prevenire il contagio all'interno dell'unità operativa.

### **Rispetto agli ospiti sono stati:**

- limitate le prime visite nei CPS
- Interrotti i progetti di reinserimento
- limitate le attività riabilitative e terapeutiche di gruppo
- rinviare le visite agli ospiti con sintomi para-influenzali, a meno di situazione psicopatologica critica
- limitate all'esterno le uscite negli esercizi pubblici.

### **Rispetto ai famigliari sono stati:**

- sospese in presenza le attività terapeutiche di gruppo sia in CRA che CD
- sospese terapie famigliari in presenza

- *attivati contatti solo con telemedicina: inserimento nel gruppo whatsapp dei familiari per mantenere un contatto attivo continuo*
- *attivate terapie individuali, familiari e di gruppo con telemedicina*
- *disposti colloqui telefonici dove non era possibile la videochiamata*

**Dpcm 1 marzo** il governo ha varato un nuovo DPCM in diverse aree del territorio e in particolare in quelle settentrionali.

<https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2020/DPCM-del-01032020-lavoro-agile.pdf>

Nuove disposizioni sanitarie dal 2 marzo: misurazione della temperatura corporea degli ospiti almeno due volte al giorno, riprogrammazione delle attività riabilitative all'interno della struttura concentrandosi sulle attività ludiche e di intrattenimento. Il CD rimane aperto solo per gli ospiti più fragili e selezionati. Viene svolta una riunione di comunità con gli ospiti per presentare loro le ultime indicazioni sull'evolversi del virus: come lavarsi le mani, cestinare fazzoletti di carta, non mettersi mani in bocca occhi naso, non mangiarsi le unghie, tossire e starnutire nel cavo del gomito, usare la mascherina solo se si hanno sintomi influenzali. Dal 4 marzo le misure diventano ancora più stringenti in tutte le regioni con la chiusura delle scuole e delle università e gli eventi sportivi a porte chiuse. Il 7 marzo per aumento dei casi esce un nuovo decreto per delimitare nuove zone rosse, e l'8 marzo in previsione delle nuove restrizioni, per limitare le presenze degli ospiti in CRA, si favorisce il rientro a casa di due ospiti.

### **9 Marzo 2020 Lockdown**

Ogni attività non essenziale viene sospesa in tutto il territorio nazionale e per uscire da casa è necessario esibire un'autocertificazione che attesti motivi quali salute e lavoro. Il 12 marzo viene chiuso il portone dell'Unità Operativa Complessa, si accede attraverso apertura con citofono, e viene comunicato agli ospiti che sono sospesi i rientri a casa. Non si può più uscire liberamente dalla struttura, salvo casi eccezionali ed accompagnati. Viene vietato l'accesso ai visitatori e familiari. Per le spese quotidiane saranno gli operatori ad uscire. Con l'inasprimento dei limiti dei contatti e l'evitamento di fare assembramenti iniziamo ad utilizzare i mezzi digitali per riunioni e comunicazioni o colloqui.

Dal 23 marzo la Direzione Sanitaria indica l'obbligo della misurazione della temperatura a tutti gli operatori. Si identificano stanze da adibire all'isolamento di casi covid-19 con sintomatologia o in accertamento. Il 30 marzo si isola fisicamente il primo piano del CRA con la costruzione di una struttura di cartongesso. Vengono create due stanze Covid con due bagni per quattro ospiti, e una zona filtro con bagno. Il 22 marzo con il nuovo DPCM vengono chiuse le fabbriche nei settori non essenziali.

### **Fase 1**

In riferimento al DPCM del 25 aprile: gli utenti possono uscire a piccoli gruppi al parco, vengono dati permessi di uscita individuale a persone con ampia «autonomia e affidabilità». A partire dal 4 maggio inizia la fase 1, con le uscite nei negozi limitrofi alla comunità, le visite concesse sono di un parente al giorno per trenta minuti dopo aver fatto il Triage all'ingresso. Riapriamo i gruppi riabilitativi per un massimo di quattro persone (social Skills, arteterapia, laboratorio sonoro) Riapertura del Centro diurno a pochi ospiti.

### **Fase 2**

Dal 22 maggio viene vietato il rientro a casa tranne casi eccezionali, viene posto il divieto di incontrare amici e conoscenti fuori dal CRA, le attività non differibili e indifferibili vengono ridotte al tempo strettamente necessario solo per ospiti affidabili autonomi e responsabili. Tutti gli altri usciranno accompagnati. Iniziano le attività al parco. Le visite dei familiari sono state scaglionate ½ al giorno per un massimo di trenta minuti all'aperto. Ai familiari prima di incontrare l'ospite viene fatto il triage con questionario e misura della temperatura che deve essere inferiore a 37°. I nuovi ingressi vengono valutati con anamnesi per Covid-19 e tampone e stare in camera di isolamento per due settimane al fine di preservare gli ospiti residenziali. Viene attuata la separazione degli ospiti del Centro diurno dagli ospiti del CRA, durante le attività e i pasti. All'interno della struttura tutti gli operatori e gli ospiti devono usare i dispositivi di protezione individuali. Siamo consapevoli che se gli ospiti vengono contagiati, è perché noi operatori siamo i veicoli.

Dall'8 giugno gli ospiti potranno uscire un'ora al giorno solo se ritenuti affidabili autonomi e responsabili. Con la dimissione di un ospite l'11 giugno possiamo fare il primo inserimento. Dal 25 giugno riprendono le

terapie familiari in presenza, il 1 luglio riprendono i tirocini formativi e lavorativi e dal 2 luglio vengono dati i permessi di uscita per gli ospiti per garantire stabilità clinico-psicopatologica con indicazione del luogo di spostamento. Dal 15 luglio si definiscono i criteri per le uscite e i pernottamenti fuori dalla comunità, le attività riprendono, ma controllate, vengono dati permessi per i soggiorni brevi in famiglia e le vacanze estive. Al rientro in CRA la prassi è l'isolamento in area Covid e tampone. Se negativo reinserimento in comunità. Le uscite rientrano nei programmi terapeutici riabilitativi dei nostri ospiti. Dal 15 settembre i criteri per le uscite degli ospiti prevedono anche l'indagine volta ai famigliari per escludere una eventuale sintomatologia Covid-19 sia nei quattordici giorni precedenti, che nei quattordici giorni successivi.

### **La seconda ondata**

*Dal 7 ottobre* il Governo proroga lo stato di emergenza fino al 31 gennaio 2021. Intanto al CRA il 22 ottobre viene fatta una riunione con gli ospiti per prepararci e prepararli ad un nuovo lockdown. La risposta degli ospiti è stata buona e collaborativa. Il 6 novembre la Lombardia diventa di nuovo zona rossa, e non si potrà uscire, se non strettamente necessario. Il 30 novembre anticipo del coprifuoco alle ore 22.00 e divieto di spostamenti tra le regioni.

### **Cosa abbiamo imparato**

L'impatto psicologico della pandemia da Covid-19 sulla popolazione in generale e sulle persone fragili in particolare, è ancora da determinare. Tutti i servizi, anche i luoghi e le attività rivolte alle persone con problemi di salute mentale si sono fermate o dovute riorganizzare. Il nostro servizio come tutti gli altri, ingaggiato in una sfida senza precedenti ha dovuto gestire l'emergenza, rileggendo gli eventi che si presentavano di volta in volta, con le proprie competenze interne e in coerenza con le indicazioni provenienti dalla regione Lombardia e dalla Direzione Sanitaria. L'impatto maggiore ha riguardato i servizi territoriali come la nostra Unità Operativa: i confinamenti obbligati per i pazienti già interni alla struttura residenziale, la drastica riduzione delle visite dei familiari, l'impedimento di recarsi a casa e la chiusura dei Centri diurni hanno richiesto una elasticità da parte degli ospiti e dei familiari non indifferente. Questa riorganizzazione è stata possibile grazie ad una formazione e preparazione qualificata nel costruire e mantenere una cultura di resilienza di tutti gli operatori. La comunicazione circolare, la condivisione delle informazioni con gli ospiti, ha facilitato la relazione nella prima chiusura di marzo. L'atteggiamento di appropriatezza dei trattamenti, in relazione alla diagnosi ed alla situazione dei pazienti, costruendo l'organizzazione necessaria per intervenire sia ordinariamente che in una situazione d'urgenza, ha permesso di far fronte alle esigenze dei pazienti. La flessibilità e l'atteggiamento resiliente degli operatori, la capacità di modulare nel tempo l'organizzazione degli spazi e del lavoro con l'evolversi della situazione e della domanda, ha permesso agli ospiti di sentirsi coinvolti e partecipi in ogni fase del percorso nel buon funzionamento della comunità.

La serietà, la comprensione, e il senso di responsabilità nel contesto quotidiano sono stati atteggiamenti trasversali grazie all'onestà relazionale e ad una comunicazione non lineare. Il "Noi" e il senso di appartenenza hanno prevalso sulle singole individualità, vivendo la struttura in sicurezza come se fosse "la nostra casa", rispettando le distanze e le precauzioni d'igiene. Quello su cui siamo ingaggiati sono le conseguenze della pandemia, che possono essere sia a livello individuale, che a livello psicosociale: da un punto di vista individuale, le persone affette da disturbi mentali potrebbero andare incontro ad un'esacerbazione della sintomatologia clinica, in quanto le caratteristiche intrinseche della pandemia, l'assenza di un trattamento adeguato e l'incertezza rispetto alla fine di questo evento, rappresentano dei fattori traumatici e stressanti di per sé. Mentre a livello psicosociale, il mondo, vissuto dai nostri pazienti come diverso e distante prima dell'emergenza, durante la pandemia li ha parificati al resto dei cittadini, il nostro "Covid-19" è fuori, è il nemico da combattere, ma una volta usciti dall'emergenza, non sappiamo come evolverà. Abbiamo constatato una positiva attività, frutto di una sinergica collaborazione tra la nostra direzione, i medici, gli psicologi, i Terp, il personale infermieristico, gli ospiti e i familiari.

Una grande responsabilità da parte di tutti. Non è certo possibile proporre conclusioni esaustive e che siano in grado di rappresentare una prospettiva unica nel campo delle discipline della salute mentale in tema di COVID-19, dato che nel contesto milanese siamo attualmente in emergenza. Ciò nonostante l'analisi di come abbiamo affrontato da febbraio ad ora questa emergenza è assolutamente di grande consapevolezza e responsabilità. Penso che la differenza tra un buon risultato e uno mediocre sia determinato dalla competenza operativa, ma tra un buon risultato e uno eccellente sia legato alle relazioni. Non abbiamo avuto casi covid-19 nella prima ondata, e ritengo questo un risultato legato alle relazioni che siamo riusciti ad intrattenere. I nostri ospiti hanno avuto un comportamento esemplare, tranne alcuni che hanno tollerato male le restrizioni, come non uscire

all'aperto, non usufruire degli incontri con le persone esterne, o semplicemente andare al bar per prendere un caffè.

La maggior parte degli ospiti è stato estremamente collaborante e di sostegno ad altri ospiti e agli operatori. Gli utenti in tutta questa fase hanno avuto un atteggiamento comprensivo e di sostegno del lavoro di medici, psicologi, Terp e infermieri. Gli ospiti del Centro diurno che non avevano accesso durante il lockdown sono stati seguiti ogni giorno telefonicamente e per quelli clinicamente più fragili, il centro è stato sempre aperto. Da parte di alcuni familiari del CRA abbiamo avuto critiche durante il primo lockdown per l'impossibilità di vedere i propri cari, in regime di residenzialità, anche se poi ci hanno ringraziato, per averli tutelati. Da parte di alcuni familiari del CD, che avevano i figli a casa, abbiamo avuto un riscontro positivo, quasi come se la pandemia avesse ridisegnato le dinamiche relazionali e compattato le famiglie contro il nemico invisibile. Per contro, per altri utenti che hanno passato il Lockdown a casa, il contatto stretto con i familiari ha comportato un incremento esponenziale di conflittualità ed emotività espressa difficilmente modulabile e contenibile.

Alcune famiglie dei nostri utenti più giovani hanno dovuto fare i conti con rituali e abitudini dei loro figli, imparare a non stimolarli troppo, e accogliere le loro istanze. A distanza di pochi mesi, dopo un'estate anomala, che ci ha dato un po' di tregua, ci troviamo di nuovo nel caos, sorpresi dell'impennata velocissima dei contagi. Due riflessioni in merito all'emergenza in cui siamo stati catapultati: la prima riguarda l'urgenza di riflettere su come affrontare questa nuova sfida della seconda ondata della pandemia, e quali modelli organizzativi dobbiamo costruire sperimentare e adottare nel campo della salute mentale di comunità, la seconda consiste nel tentativo di realizzare, in prospettiva di una salute pubblica, un approccio più attento alla costruzione di una centralità della sanità territoriale come prospettato dalla 180. Un welfare più orientato in senso comunitario sia sul piano teorico che nelle prassi, puntando su azioni di maggiore prossimità, a bassa densità di concentrazione di persone, di domiciliarità ed interventi strutturati di comunità. La nostra storia a partire da Basaglia, e le tradizioni dei servizi pubblici italiani in questo ci possono orientare per riorganizzare l'assistenza e la cura delle persone con problemi di salute mentale.

## Bibliografia

Cantelmi T., Lambiase E., Pensavalli M., Laselva P., Cecchetti S. "Covid-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale". *Modelli della Mente* (ISSNe 2531-4556), 1/2020 doi: 10.3280/mdm1-2020oa10908

Iozzelli D., Facchi E., Cardamone G. "Covid-19, salute mentale e ruolo dei Servizi: una review sull'impatto della pandemia" *Nuova rassegna di studi psichiatrici*. *Rivista online di psichiatria*, Vol.20-3 giugno 2020

Sintesi linee guida di indirizzo relative alla fase 2 dell'epidemia SARS-COV 2 come indicato da regione e ATS Milano

Esposito C.M., D'Agostino A., Dell'Osso B., Fiorentini A., Prunas C., Callari A., Oldani L., Fontana E., Gargano G., Viscardi B., Giordano B., D'Angelo S., Wiedenmann F., Macellaro M., Giorgetti F., Turtulici N., Gambini O., Brambilla P. "Impact of the first Covid-19 pandemic wave on first episode psychosis in Milan, Italy". *In Psychiatry Research* 298 (2021) 113802P

Fusar-Poli P., Brambilla P., Solmi M. "Learning from COVID-19 pandemic in northern Italy: Impact on mental health and clinical care". *Journal of Affective Disorders* Volume 275, 1 October 2020, Pages 78-79 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.028>

## Sitografia

<http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/-/content-view/view/1215252>

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dichiarazione-pandemia>

<https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2020/DPCM-del-01032020-lavoro-agile.pdf>

## VIEILLISSEMENT ET AIDES A DOMICILE EN FRANCE: LES CONDUITES D'ALCOOLISATION ET LES SUBSTITUTS PARENTAUX.

ALBA MOSCATO<sup>6</sup> & ISABELLE VARESCON<sup>7</sup>

[alba.moscato@yahoo.fr](mailto:alba.moscato@yahoo.fr), [Isabelle.varescon@parisdescartes.fr](mailto:Isabelle.varescon@parisdescartes.fr)

### Résumé.

Peu d'études à notre connaissance, ont révélé le vécu des familles et des professionnels accompagnant des personnes âgées présentant des conduites de mésusages d'alcool. En entrant dans le groupe familial, les aides à domicile lèvent le voile sur une problématique alcoolique souvent ancienne et supportée par la plupart des familles dans le silence, avec culpabilité voire résignation ou honte. Ainsi, dans l'intime de la famille, elle suscitera la libération d'une palette de comportements familiaux inconscients allant de la demande de réparation de l'âge à la prise de distance plus ou moins conséquente vis-à-vis de l'aîné. Par ailleurs, en feignant de projeter la responsabilité des difficultés vécues depuis longtemps sur la nouvelle venue, les familles s'autorisent à faire un choix de la relation ou de la place qu'elles veulent occuper vis-à-vis de leur parent. Aussi, contraintes par les familles, les aidantes professionnelles côtoieraient si fidèlement et intimement les bénéficiaires, même au-delà des familiers, qu'elles ressentiraient le besoin de se considérer comme un substitut parental présent et permanent contre les manifestations des conduites d'alcoolisation de l'âge. L'investissement personnel et professionnel dont elles font preuve se maintiendrait en raison du sens qu'elles attribuent à leur travail et à l'indispensabilité dont elles s'affublent où, les intimes personnelles familiaux et ceux des professionnels se mêleraient à la relation favorisant ainsi l'ambiguïté des rôles induisant un bouleversement des repères identificatoires de soi et de l'autre, une confusion des rôles.

*Mots clés: Vieillesse – conduites d'alcoolisation – aides à domicile – substituts parentaux – familialisation.*

### Introduction.

Platon proposait d'interdire le vin aux jeunes gens et de le recommander aux vieillards, pour « adoucir la rudesse de la vieillesse ». Aujourd'hui le regard que nous portons sur les personnes âgées qui s'alcoolisent n'est plus d'un abord si complaisant.

Les conduites d'alcoolisation de la vieillesse sont encore un phénomène peu connu en France. Les efforts de santé publique en termes de prévention et de traitement se sont cristallisés sur des populations plus jeunes, laissant sur le bord du chemin les aînés. Le vécu des familles et des professionnels face à ces deux dépendances dues à la fois par l'âge et les conduites d'alcoolisation, est complexe et dans cet article, sera développé ce sujet.

### Les conduites d'alcoolisation de l'âge.

- **Quelques données**

Le maintien des prévalences du mésusage d'alcool avec l'âge ou même leur accroissement amène à retenir des chiffres pour des populations générales de plus de 65 ans, entre 1 et 16% (voire 25%), souvent

<sup>6</sup> **Alba Moscato**, Docteur en Psychologie, Psychologue Clinicienne. Chargée de cours, Université Toulouse Jean Jaurès, France – Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS), Institut Universitaire Paris Descartes de Psychologie. France.

<sup>7</sup> **Isabelle Varescon**, Professeur en Psychologie. Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS), Institut Universitaire Paris Descartes de Psychologie. France.

énoncés autour de 10%, comme chez l'adulte, s'élevant en établissement pour personnes âgées autour de 20% (Crome, Ting-Kai, Rao & Wu, 2012 ; Beck & Richard, 2013).

Le nombre d'hommes se développe mais se sont surtout les femmes âgées présentant des troubles liés à l'usage de substances psychoactives qui progressent, allant jusqu'à annoncer leur doublement probable entre 2000 et 2020 aux Etats-Unis, et reprendre à son sujet le terme de « *tsunami argent* » (Epstein, Fisher-Elber & Al-Otaiba, 2007 ; Han, Gfoerre, Colliver & Penne, 2009 ; Kuerbis, Hagman & Sacco, 2013).

Cet essor a d'abord été relié au vieillissement des générations du baby-boom, qui ont des habitudes de consommations et des facilités d'accès à de substances psychoactives vis-à-vis des générations antérieures (Wang, Andrade, 2013; Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014).

Cependant, la méconnaissance ou la négligence des situations de mésusage d'alcool parmi les personnes âgées, prévaut, amenant à vouloir favoriser leur reconnaissance, développer les modalités de repérage, face à ceux qui ont pu être qualifiés d'invisibles addicts<sup>1</sup>.

- **Des formes d'alcoolisation à débuts précoces ou tardifs**

Des formes à débuts précoces ou tardifs détaillent des personnes respectivement qualifiées de survivants (survivors) ou de réactionnels / secondaires (reactors) (Cristie, Bamber, Powell et al., 2013). Les formes à début précoce, débuteraient très tôt dans l'âge et vieilliraient avec les sujets. Les formes à début tardifs représenteraient au moins un tiers des situations et jusqu'à moitié des sujets accédant à des soins.

Ces derniers auraient de meilleures propensions à accéder à des soins et un meilleur pronostic (SFA-SFGG, 2014). Une troisième option qui est considérée comme intermittente par les Anglo-saxons (IAS, 2013), est celle d'une pratique addictive avec l'alcool active pendant quelques années ou décennies puis mise en rémission pendant une période parfois prolongée et réactiver dans la vieillesse (Clément & Bourlot, 1999).

Au-delà de la rareté des études relatant des troubles induits par l'utilisation inadaptée de l'alcool pour le sujet vieillissant, celles exposant du vécu des familles et des professionnels accompagnant ces âgés, le sont plus encore.

## La vulnérabilité des aidants et des professionnels de l'accompagnement.

De nombreux travaux relatant de la vulnérabilité et de la souffrance des aidants dans l'accompagnement des personnes âgées présentant des maladies neurodégénératives ont été publiés. Peu d'études à notre connaissance, ont révélé le vécu des familles et des professionnels accompagnant des personnes âgées présentant des conduites de mésusages d'alcool.

<sup>1</sup>RCP Royal College of Psychiatrists (2011). Our invisible addicts: first report of the older person's substance misuse working group of the royal college of psychiatrists.

Londres, 62p. En ligne <http://www.repsych.ac.uk/files/pdfversion/CR165.pdf> (consulté le 11/08/2020).

Dans l'espace intime qu'est le domicile ou l'institution, le climat relationnel dépendra de l'histoire et du vécu de chacun vis-à-vis du produit alcool mais aussi, du vieillissement. Pour illustrer ce qui se vit dans ces lieux de vie, nous traiterons dans cet article, le vécu des professionnels au sein du domicile de la personne âgée et les conséquences de ces interventions au sein de la famille.

- **Le vécu des aides à domicile autour d'aînés présentant des mésusages d'alcool**

L'isolement professionnel et le statut professionnel généralement précaire placent les professionnelles de l'aide à domicile dans une situation à la fois privilégiée et paradoxalement contraignante auprès de la personne et de sa famille (Ennuyer, 2003). En voulant accompagner au mieux l'aîné, elles sont amenées à adopter des attitudes ou des comportements plus ou moins adaptés les soutenant devant l'ingérence qu'elles provoquent en entrant dans le domicile. En découvrant l'impensable, un âgé qui boit, elles confient être les premières à mettre au jour les consommations abusives d'alcool chez les personnes âgées et soulignent que l'intrusion induite par la fréquence de leur passage accroît l'angoisse des personnes âgées que ces dernières apaisent en buvant (Mollard, 2005). Pour d'autres, entrer dans le domicile, les conduit dans un jeu de confusion de rôle plus ou moins conscient avec la personne âgée, dans un télescopage d'identifications induisant une demande de maternage doublée d'une empathie complice (Dibié-Racoupeau, Estingoy & Chavane, 2003). Ainsi, il est facile de comprendre que dans

leur tourment, elles sont amenées à avoir des comportements ambivalents s'opposant à leur métier. Nous citerons un exemple qui en est la parfaitement illustration: elles sont nombreuses à rapporter de l'alcool dans les courses ménagères. Elles argumentent souvent leurs gestes, en mettant en avant l'avancé en âge de la personne et les derniers plaisirs qui lui sont nécessaires à cette étape de vie. Ce n'est pas sans nous rappeler Platon qui préconisait d'interdire l'alcool pour la jeunesse et la recommander aux vieillards pour adoucir les durs méfaits du vieillissement.

Mais, en entrant dans le groupe familial, elles lèvent également le voile sur une problématique alcoolique souvent ancienne et supportée par la plupart des familles dans le silence, avec culpabilité voire résignation ou honte mais qui permet aux proches, malgré les réticences pour la mise en place d'accompagnements professionnels, de pouvoir se restaurer narcissiquement (Moscato & Varescon, 2015). Les conduites d'alcoolisation ont souvent des conséquences qui deviennent organisatrices relationnelles de la structure familiale. Elles génèrent des règles, des rôles, des patterns relationnels intrafamiliaux et des relations spécifiques avec l'environnement social. Le but prioritaire implicite de celles-ci devient la conservation par le buveur du lien privilégié qu'il a établi avec l'usage de l'alcool et le maintien du contrôle de son environnement familial. Parmi ces règles sont citées les règles de la minimisation, du silence, de l'isolement et la métarègle de rigidité (Croissant, 2004). La minimisation est une contribution occultante mise en place par les deux parents et parfois, par la famille elle-même qui impose à chaque membre une désintronisation de l'émotionnel et de la réalité des conduites d'alcoolisation. La dénégation qui en est principal mécanisme est souvent alimentée par ce même procédé défensif de l'alcoolique et de son conjoint (Menecier et al., 2016). Pour pouvoir supporter la réalité, la famille se persuade qu'il faut croire que c'est moins grave que ce qu'il sait ou que ce qu'il voit réellement et ceci, par crainte de perdre l'amour des membres du groupe familial (Chayer & Moreau, 2004). Ce faisant, ils se dépossèdent du lien de confiance lié à leur esprit et à leurs intuitions et « ne plus sentir » devient alors, une clé pour masquer la réalité (Croissant, 2004). La règle du silence est une conséquence des pressions familiales et reste l'objectif du buveur. « Ne rien dire », c'est lui permettre de maintenir son lien privilégié avec les effets du produit et les fonctions psychiques que l'alcool remplit. L'entourage est ainsi tenu tout en ressentant de la peur de se tromper et de communiquer sur la réalité du fait de l'invalidité de ce qu'il ressent (Erice & Lavaque, 2010). La règle de l'isolement est induite par la précédente et consiste à ne pas partager ses ressentis. Elle génère une rupture des liens intrafamiliaux par l'absence de solidarité fraternelle familiale tout en laissant la place au fil du temps à de nombreuses coalitions intergénérationnelles. La métarègle de rigidité impose un caractère durable aux trois premières en perdurant dans le temps et en renforçant la fermeture du système sur lui-même. Dans ce fonctionnement familial, chaque membre contribue au maintien du contrôle du buveur sur le système en ne nommant pas leurs besoins, en restant isolé, en faisant silence sur les conséquences des épisodes de prises de boisson (Erice & Lavaque, 2010). C'est également la mise en place de contre-attitudes négatives qui consiste à cacher les bouteilles, à boire avec le buveur, à s'organiser pour rentrer tard le soir afin de ne pas le voir... Ces règles de dynamiques familiales s'inscrivent dans une alliance inconsciente entre les membres et qui donnent lieu à un pacte dont Kaës (2003) a analysé les modalités et notamment, celle de la négativité d'obligation où chaque membre familial a la nécessité d'effectuer les opérations de rejet, de négation, de déni, de renoncement et d'effacement pour préserver un intérêt majeur de l'organisation psychique des sujets auxquels il est lié en un ensemble majeur.

Ainsi, pénétrer dans un lieu de vie privé où le vieillissement est associé à des conduites d'alcoolisation, a des conséquences. L'agé va devoir se protéger de son assujettissement quotidien aux autres et par ailleurs, la professionnelle va devoir s'accommoder de l'aidé mais aussi de son entourage. Parfois, perçu comme s'opposant à l'aide familiale (Lavoie, Guberman, Montejo, & al., 2003), l'activité professionnelle d'aide est souvent éprouvée comme une charge supplémentaire à la dépendance de l'agé. De fait, les professionnelles sont souvent cantonnées par les proches au « matériel » (ménage, habillage et toilette) permettant ainsi pour ces derniers de garder un soutien affectif auprès de l'agé. Ce n'est que lors de la progression du vieillissement et surtout de la maladie, que l'organisation est révisée générant ainsi, des conduites d'opposition fréquentes entre les proches et les professionnelles ayant comme fonction de revendiquer un droit légitime à l'accompagnement de l'agé. Aussi, en feignant de projeter la responsabilité des difficultés vécues depuis longtemps sur la nouvelle venue, les familles s'autorisent à faire un choix de la relation ou de la place qu'elles veulent occuper vis-à-vis de leur parent. Ainsi en entrant dans l'intime de la famille, l'aidante professionnelle suscitera la libération d'une palette de

comportements familiaux inconscients allant de la demande de réparation de l'âge à la prise de distance plus ou moins conséquente vis-à-vis de l'aîné.

### Les incidences de l'intervention de professionnels dans le groupe familial

- **L'aide à domicile : un relai d'accompagnement pour les familles**

Pour les familles, accepter de l'aide, c'est à la fois reconnaître la maladie du parent, renoncer à la maîtrise totale de la situation, contribuer à une perte de liberté mais aussi, à se défaire de satisfactions à s'occuper de celui-ci.

Pour les professionnelles, elles soulignent dispenser un soutien aux aidants familiaux composé d'une palette de rôles qu'elles dispensent: un rôle de coach apportant une écoute, un soutien face aux difficultés rencontrées ; un rôle de décompresseur en effectuant à la place des aidants familiaux leurs tâches d'accompagnement ; un rôle d'accompagnateur faisant référence à la complémentarité des soutiens affectifs adressés au proche et enfin, un rôle de mobilisateur en transférant leurs compétences professionnelles auprès de l'aidant familial et en l'encourageant ainsi à un meilleur accompagnement de l'aidé (Lavoie, Guberman, Montejo, et al., 2003).

Des logiques d'accompagnement sont induites par la menace d'une séparation prochaine surcompensées par cette double dépendance. En effet, devant l'irrésolution de la situation, elles peuvent s'octroyer le rôle de substitut parental, peut-être la seule issue possible face aux sentiments de honte et d'impuissance des membres de la famille face à l'aidé qui s'alcoolise, et qui s'en les réduire, peut permettre un désengagement tout en évitant l'aggravation de conflits non élaborés. Dans ce contexte, l'impossibilité à accompagner l'âge dans l'être ensemble familial invite le proche à se désigner inconsciemment comme faisant problème dans le rôle du parent, dans un ultime mouvement de protection. Ainsi, dans un mouvement défensif pour résoudre la difficulté, la famille organisera la vie de la personne âgée en créant un rempart entre lui et elle, en incluant irrévocablement les professionnelles de l'accompagnement à domicile. C'est en effet ce qu'elles évoquent dans les études: elles côtoieraient si fidèlement et intimement les bénéficiaires, même au-delà des familiers, qu'elles ressentiraient le besoin de se considérer comme un « *substitut parental* » (Djaoui, 2011, p14) de parents défaillants. Elles sont alors présentes et permanentes contre les manifestations des conduites d'alcoolisation de l'âge. Aussi, à ces confusions de rôle se confronte la réalité du contexte où malgré elles, elles savent que les situations de mésusage d'alcool sont quelquefois associées à une conduite radicalement ou progressivement abandonnique familiale. Ainsi le transfert des compétences individuelles vers un statut de professionnel car exempté de toutes formations en ce domaine, ne pourra s'inscrire que dans une logique de suppléance familiale (Galérand & Kergoat, 2008), nommée aussi comme le principe de familialisation par certains auteurs (Guberman & Maheu, 2002). De plus, le retour de l'investissement et les efforts accomplis par ces professionnelles de l'aide sont assujettis à ne recevoir que peu de reconnaissance. Ainsi prendre soin de l'autre en l'accompagnant doit se résumer à la mise en place de savoir-faires sans attirer l'attention du bénéficiaire sous peine de le stigmatiser ses dépendances (Klein, 2003). En d'autres termes, le travail des aidantes s'inscrit sur un défaut de positionnement, une parfaite invisibilité professionnelle sans perspective de reconnaissance et dans une bipolarité identitaire induisant une substitution familiale (Molinier, 2006). Malgré cela, l'investissement personnel et professionnel dont elles font preuve se maintiendrait en raison du sens qu'elles attribuent à leur travail et du sentiment d'indispensabilité dont elles s'affublent (Gallerand & Kergoat, 2008) et où, les intimes personnelles familiaux et professionnels se mêleraient à la relation favorisant ainsi l'ambiguïté des rôles induisant un bouleversement des repères identificatoires de soi et de l'autre, une confusion des rôles (Hosking, 2011). Les conduites inconscientes produites par les aides à domicile pourraient générer un « *fantasme d'appropriation* » des personnes âgées comme dans une clinique institutionnelle, induisant alors des représentations où sont enchevêtrés des sentiments d'amour et de haine (Fustier, 2004, p118). Les représentations projectives des aidantes seraient introduites dans un mouvement de réparation de la famille soutenue ou jugée défaillante par elles, ou alors dans une projection d'un jeu de relations personnelles à des fins de combler « un raté » antérieur avec son propre parent (Moscato & Varescon, 2015). Ainsi, cet acte professionnel d'accompagnement déposé à l'aide à domicile, en tant que « substitut de filiation », de par sa présence tentera de voiler aux proches la réalité vieillissante alcoolique du parent.

## De l'appropriation à la réparation de la personne âgée.

Au contraire, certaines familles ont des comportements plus rigides vis-à-vis des conduites d'alcoolisation d'un des membres de sa parentèle. En effet, l'entourage peut se mettre à exiger un changement d'attitude de la part de la personne âgée en sommant l'aidante professionnelle par des comportements pressants dans le but de faire cesser sans délai les conduites dérangeantes de l'âge (Moscato & Varescon, 2015).

En agissant ainsi, les proches aspirent à un dernier sursaut familial de restauration narcissique. En demandant à l'intervenant « la réparation » de l'ainé, elles espèrent trouver face à elles l'image d'un être « idéalement souhaité » par le système familial. De par ce jeu, les familles se déculpabilisent en renvoyant la responsabilité des difficultés qu'elles vivent aux aidants professionnels, tout en se protégeant afin de garder une place auprès de leur parent.

Partant de là, les exigences d'accompagnement demandées prennent souvent place dans un répertoire infantilisant et maltraitant pour le couple âgé/professionnels. Les surveillances, les rapports concernant les prises d'alcool, les autorisations de réprimande de l'âge et bien d'autres attitudes sont demandées au professionnel, induisant alors un sentiment d'impuissance dans ce que l'accompagnant professionnel comprend de son métier, à savoir préserver l'autonomie de la personne tout en étant vecteur de bons soins et d'attitudes bienveillantes.

Nous voulons rappeler que le rôle d'aidant qu'il soit familial ou professionnel n'est pas inné et que dans les situations où ils sont assignés, ils ont été souvent désignés par le système familial ou la personne âgée elle-même. Dans l'acception implicite de cette fonction engageant des responsabilités, l'aidant peut alors exprimer par son comportement de se protéger de l'image en situation de faiblesse que l'âge lui donne à voir afin de ne pas être emporté avec lui dans les ravages du vieillissement alcoolique.

## Conclusion

La maladie alcoolique dans le vieillissement est une maladie qui déstabilise et qui questionne. Dans ce contexte, la relation entre famille, personne âgée et professionnel est souvent difficile à contenir. Beaucoup de mal-être, d'incompréhensions et de souffrances sont les signes de l'implication de toutes les ressources émotionnelles de chacun des protagonistes de la situation.

Devant le peu d'interventions de soutien auprès des familles, des intervenants du domicile et de l'institution dans ce contexte, envisager pour tenter de rétablir ou d'améliorer les relations, un maillage d'intervenants professionnels de réseaux de compétences gérontologiques et addictologiques pourrait avoir pour objectif de réinsuffler à chacun son espace et sa place dans l'accompagnement de l'âge. En effet, la maladie alcoolique en tant qu'affection médico-psycho-sociale nécessite l'intervention d'un réseau professionnel afin d'éviter des ruptures d'accompagnement et la survenue de conflits tant professionnelle que familiale. Il convient également de réaliser, comme dans le vieillissement pathologique, une prévention de l'épuisement des ressources psychiques des différents intervenants de la situation (la personne âgée, familles, professionnels) et devenir une force thérapeutique pour penser et conduire l'âge vers un désir d'apaisement des conduites d'alcoolisation, s'il le désire.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

## Bibliographie.

- Beck, F., Richard, JB. (2013). Épidémiologie de l'alcoolisation. EMC (Elsevier Masson SAS) - Endocrinologie–Nutrition: 10-384-B-10.
- Bonnet, M. (2008). Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(6), 107-21.
- Chayer, P., Moreau, F. (2004). *Guérir d'un parent Alcoolique*, Novalis, Paris.
- Christie, M. M., Bamber, D., Powell, C., Arrindell, T., Pant, A. (2013). Older adults' problem drinkers: who presents for alcohol treatment? *Aging Ment Health*, 17(1), 24-32.
- Clément, JP., Bourlot, B. (1999). *Alcoolisme et conduites addictives du sujet âgé*. In Leger JM, Clément JP, Wertheimer J. Psychiatrie du sujet âgé: Flammarion Ed. Paris, 620p, 257-270.
- Croissant, J. F. (2004). Familles et Alcool. Et les enfants? *Thérapie familiale*, 25, 543-60.

- Crome, I., Ting-Kai, L., Rao, R., Wu, L.T. (2012). Alcohol limits in older people. *Addiction*, 107, 1541-1543.
- Epstein, E.E., Fisher-Elber, K., Al-Otaiba, Z. (2007). Women aging and alcohol use disorders. *J Women Aging*, 19 (1-2), 31-48.
- Dibié-Racoupeau, F., Estingoy, P., Chavane, V. (2003). Difficultés d'intervention à domicile chez les vieux alcooliques. *Gérontologie et Société*, 105,119-31.
- Djaoui, E. (2011). Intervention à domicile : gestion de l'intime. *Dialogue*, 192, 7-18.
- Erice, S., Lavaque, C. (2010). Quelles seraient les représentations de la famille pour les enfants de parents alcooliques ? *Thérapie familiale*, 31, 357-70.
- Fustier, P. (2004). *Le travail en équipe en institution. Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Paris : Dunod.
- Galerand, E., Kergoat, D. (2008). Le potentiel subversif du rapport des femmes au travail. *Nouvelles Questions féministes*, 27(2), 67-82.
- Guberman, N., Maheu, P. (2002). Conceptions of family caregivers: Implications for professional practice. *Canadian journal of Aging*, 21, 27-38.
- Han, B., Gfroerer, J.C., Colliver, J.D., Penne, M.A. (2009). Substance use disorder among older adults in the United States in 2000. *Addiction*, 104, 88-96.
- Hosking, A.S. (2011). L'alibi affectif de l'aide à domicile. *Le sociographe*, 36, 45-56.
- IAS - Institute of Alcohol Studies (2013). Older people and alcohol Factsheet, 23p.
- <http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/Factsheets/Alcohol%20and%20older%20people%20Factsheet%20May%202013.pdf> (accès en ligne le 09/12/2016)
- Klein, J.P. (1983). L'alcoolique et les tentations du soignant. *L'information psychiatrique*, 59(9), 1175-1183.
- Kuerbis, A., Hagman, B.T., Sacco, P. (2013). Functioning of alcohol use disorder criteria among middle-aged and older adults: implication for DSM-5. *Subst Use Misuse*, 48(4), 309-322.
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D.G., Moore, A.A. (2014). Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med*, 30(3), 629-654.
- Menecier, P., Rotheval, L., Fernandez, L., Ploton, L. (2016). Le déni en alcoologie ; à travers ce qu'il n'est pas. *Drogue, Santé, Société*, 15(2), 39-59.
- Menecier, P., Fernandez, L., Plattier, S., Ploton, L. (2017) Troubles liés à l'usage d'alcool du sujet âgé : un exemple de la notion de complexité en santé. *Annales Médico-Psychologiques*, 175(9) : 763-769.
- Molinier, P. (2006). Le care: ambivalence et indécentes. *Sciences Humaines*, 177, 36-39.
- Mollard, O. (2005). Soins à domicile et problèmes d'alcool chez les personnes âgées à Genève. *Dépendances*, 26, 14-46.
- Moscato, A., Varescon, I. (2015). Les effets psychologiques des conduites d'alcoolisation des âgés sur le vécu de la relation d'aide des professionnelles du domicile. *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillesse*, 13(4) : 425-433.
- SFA-SFGG. (2014). Personnes âgées et consommation d'alcool: Question 4: Quels sont les objectifs d'intervention chez les personnes âgées? Quels sont les moyens pertinents d'intervention? Quels en sont les résultats? *Alcoologie et addictologie*, 36 (3), 252-261.
- Vézina, A., Membrado, M. (2005). La demande d'aide et de soins à l'extérieur des membres de la famille. Un travail de négociation et de gestion des ressources. In: *Prendre soin d'un proche âgé*. Toulouse: Erès.
- Wang, Y.P., Andrade, L.H. (2013). Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. *Curr Opin Psychiatry*, 26, 343-348

## PERTURBER L'OPACITÉ D'UN SYSTÈME DÉPENDANT

### Commentaire à l'article *Vieillesse et aide à domicile en France : les conduites d'alcoolisation et les substituts parentaux*, d'Alba Moscato et Isabelle Varescon

MAURIZIO FRISINA<sup>8</sup>

[maurizio.frisina@gmail.com](mailto:maurizio.frisina@gmail.com)

J'ai lu avec le plus grand intérêt l'article d'Alba Moscato et Isabelle Varescon qui aborde un sujet souvent laissé à la marge du discours sur les addictions : les conduites d'alcoolisation chez les personnes âgées. De plus, cette thématique est traitée à travers un prisme particulier, celui de la *rencontre* entre le système familial et les aides à domicile. À savoir, un moment où le système dépendant se voit perturbé dans une des dimensions qui le caractérisent le plus : son *opacité* face au monde extérieur.

Dans les addictions on assiste en effet à un repli progressif du système sur lui-même, plus précisément autour du produit, qui en devient le principe organisateur. L'alcoolique structure ses journées afin de se procurer l'alcool, d'en cacher la consommation, d'en éviter le manque... Ces comportements prennent des formes répétitives et codifiées, jusqu'à devenir de véritables rituels qui d'abord accompagnent puis remplacent ceux propres du système familial. L'alcool devient le centre de gravité de la vie de l'alcoolique, qui « cherche sans y parvenir à contrôler sa consommation, en traçant des limites qui sont destinées à être franchies, souvent dans une négociation intime qu'il s'auto-inflige : “Juste un verre”, “demain j'arrêterai”, etc. » (Frisina 2020a, p. 267).

La perte de liberté de la personne dépendante s'étend au reste du système : la famille, afin d'atténuer voire carrément empêcher les excès de l'alcoolique, développe des conduites de contrôle à son égard. Toutefois, ces dynamiques de surveillance sont vouées à l'échec, et finissent par alimenter un circuit sans fin d'alcoolisations cachées et de tentatives de contrôle de plus en plus contraignantes. Comme dans un miroir, l'impuissance de l'alcoolique par rapport à la bouteille renvoie à celle de la famille à l'égard de l'alcoolique lui-même. Ou bien, dans d'autres cas, l'entourage peut adopter une position de minimisation de l'addiction, dans le secret espoir que, en détournant le regard, les conséquences de l'alcoolisme disparaissent. Dans les deux cas ces réactions de la part de la famille, appelées dynamiques de *codépendance* (Anastassiou 2003, Frisina 2020b), contribuent au maintien de ce même fonctionnement autour du produit que pourtant elles cherchent à empêcher. Les autrices de l'article en parlent également : « Les conduites d'alcoolisation ont souvent des conséquences qui deviennent organisatrices relationnelles de la structure familiale. Elles génèrent des règles, des rôles, des patterns relationnels intrafamiliaux et des relations spécifiques avec l'environnement social » (p. 5).

Le système se referme sur lui-même, dans un processus caractérisé par une réduction des contacts avec l'extérieur (afin de cacher son dysfonctionnement) et par un progressif mais inéluctable rétrécissement de la richesse des positions relationnelles, jusqu'à la simple et répétitive alternance des consommations et des tentatives infructueuses de les empêcher. Les autrices de l'article décrivent ce processus en termes de règles (minimisation, silence, isolement) et métrarègles (rigidité). Le système familial s'éloigne de ce qui l'entoure, devient opaque et, ce faisant, crée un monde à une échelle relationnelle réduite et plus facile à gérer, même si c'est au prix d'une perte progressive de complexité. Il est intéressant de remarquer que le repli sur soi et la réduction de l'autonomie ne sont pas propres uniquement à l'addiction, mais également au vieillissement : c'est comme si les familles décrites par Moscato et Varescon se trouvaient au croisement entre deux processus qui agissent sur les mêmes nœuds.

<sup>8</sup> **Maurizio Frisina**, Psychologue et psychothérapeute, co-dirige l'Unité 1 de la Clinique la Ramée à Bruxelles (Belgique), centre d'excellence pour la prise en charge des addictions ; formateur en troisième cycle au Centro Panta Rei (Milan, Italie) ; auteur de l'ouvrage : *Sur le bord du chaos. Complexité, thérapie systémique et addictions*, publié en France par l'Harmattan, Paris (2020) et en Italie par Mimesis, Milan (2020).

Lorsqu'un système familial perd de sa complexité, et présente un fonctionnement opaque et répétitif, il finit par provoquer l'intervention compensatoire de la part du macro-système social<sup>9</sup>, sous forme d'une action des services sociaux, de la justice, ou – comme dans le cas de l'article – des aides à domicile. Quand cela se produit, le système dépendant est perturbé par une rencontre qui peut se révéler source de répétition ou de changement.

Il me paraît intéressant d'utiliser à ce propos la grille de lecture de l'*isomorphisme*. Etienne Dessoy (2000) estime que, lorsqu'un professionnel entre en contact avec un patient, souvent il peut se retrouver à occuper des positions similaires à celles présentes dans le système d'appartenance du patient lui-même. C'est-à-dire, le système peut accueillir le soignant en l'invitant à occuper une place qui le précède, et en l'absorbant ainsi dans son fonctionnement. Je pense en particulier au passage de l'article où les autrices décrivent la façon dont la famille de l'alcoolique âgé, en faisant la rencontre avec les aides à domicile, leur adresse une demande implicite de « réparation » ; notamment, en leur confiant la gestion de ces mêmes dynamiques dans lesquelles ils estiment avoir échoué (ce qui s'accompagne également d'un éloignement de la famille à l'égard de l'alcoolique, comme si la place était « cédée » aux nouveaux arrivés). Naturellement, l'isomorphisme est un processus auquel les aides à domicile participent aussi, souvent sans s'en rendre compte. Les autrices en effet décrivent leurs réactions de procurer l'alcool à la personne âgée (en reprenant la règle de la minimisation), ou alors de répondre à l'invitation de réparation, jusqu'à devenir « un substitut parental » (p. 7) et à céder à la tentation du « fantasme d'appropriation » (p. 8).

Toutefois, l'isomorphisme demeure une possibilité et pas une fatalité. La rencontre entre le système familial dépendant et le personnel de soin est une perturbation qui constitue à la fois un danger (de répétition) mais également une opportunité (de changement). En effet, l'arrivée d'une personne extérieure au système provoque la perte de cette opacité qui l'avait caractérisé depuis longtemps. Par ailleurs, la confusion des rôles qui en découle peut se révéler génératrice de changement. De plus, les modifications d'homéostasie (dans la théorie des systèmes complexes : changements d'*attracteur*, Frisina 2020b) sont souvent accompagnées d'une *transition chaotique*, c'est-à-dire d'un processus de perte temporaire de repères qui ouvre cependant à de nouvelles possibilités.

Afin que la rencontre entre le système familial dépendant et les aidants à domicile se révèle une occasion de changement, je considère important de souligner deux éléments. D'abord, le fait que ces professionnels reçoivent une reconnaissance de leur rôle, à travers par exemple des formations qui leur donnent des outils pour se mettre en relation avec un système à transaction dépendante. Trop souvent les aides à domicile ne reçoivent que peu de considération sociale, et il est clair que le risque d'isomorphisme est d'autant plus grand lorsque le professionnel ne dispose pas à la base d'un rôle suffisamment reconnu. Le deuxième élément, comme rappelé par Moscato et Varescon, est le travail en réseau : « La maladie alcoolique en tant qu'affection médico-psycho-sociale nécessite l'intervention d'un réseau professionnel afin d'éviter des ruptures d'accompagnement et la survenue de conflits » (p. 9).

La rencontre entre le système familial d'un alcoolique âgé et les aides à domicile est une perturbation qui peut faire sortir le système de son opacité, faciliter le repositionnement des rôles, et éventuellement devenir l'occasion d'amorcer un parcours thérapeutique.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anastassiou V. (2003) Les distorsions des fonctions parentales dans le système alcoolique, *Alcoologie et Addictologie* 25 (3), pp. 191-199
- Dessoy, E. (2000) *Isomorphisme et changement, commentaires à l'étude de cas du petit Jean*, L'homme et son milieu, Etudes Systémiques, UCL, Louvain-la-Neuve
- Frisina, M. (2020a) Une lecture systémique du rapport entre transgression et cadre thérapeutique. *Thérapie familiale*, 2020 (4), 267-286

<sup>9</sup> J'ai décrit ce fonctionnement dans mon ouvrage *Sur le bord du chaos* (l'Harmattan 2020), dans lequel je propose une classification des addictions le long du continuum entre chaos et périodicité. Les systèmes dépendants décrits dans l'article seraient probablement en grande partie de type périodique.

- Frisina, M. (2020b) *Sur le bord du chaos : Complexité, thérapie systémique et addictions*, l'Harmattan, Paris. Trad. it. *Sul bordo del caos : Complessità, terapia sistemica e dipendenze*, 2020, Mimesis, Milano

## PERTURBANDO L'OPACITA' DI UN SISTEMA DIPENDENTE

Versione italiana del commento all'articolo *Vieillessement et aide à domicile en France : les conduites d'alcoolisation et les substituts parentaux*, di Alba Moscato e Isabelle Varescon

MAURIZIO FRISINA<sup>10</sup>

[maurizio.frisina@gmail.com](mailto:maurizio.frisina@gmail.com)

Ho letto con particolare interesse l'articolo di Alba Moscato e Isabelle Varescon in quanto affronta un argomento spesso lasciato ai margini del discorso sulle dipendenze: i comportamenti di alcolismo nelle persone anziane. Inoltre, questa tematica è letta attraverso un prisma particolare, quello dell'*incontro* tra il sistema familiare e il personale di cura a domicilio. Ovvero, un'occasione in cui il sistema dipendente viene perturbato in una delle dimensioni che più lo caratterizza: la sua *opacità* rispetto al mondo esterno.

Nelle dipendenze si assiste infatti ad un progressivo ripiegarsi del sistema su se stesso, più precisamente intorno alla sostanza, che ne diventa il principio organizzatore. L'alcolista struttura le sue giornate in modo da procurarsi l'alcol, nascondere il consumo, evitarne la mancanza... Questi comportamenti assumono delle forme ripetitive e codificate, diventando dei veri e propri rituali che dapprima affiancano, fino a poi rimpiazzare, quelli familiari. L'alcol diventa il centro di gravità della vita dell'alcolista, che «cerca, senza riuscirci, di controllarne il consumo, tracciando dei limiti che sono destinati a essere oltrepassati, spesso in una negoziazione intima che infligge a se stesso: "Solo un bicchiere", "domani smetto..."» (Frisina, 2020a, p. 267). La perdita di libertà della persona dipendente si estende al resto del sistema: la famiglia, cercando di attenuare o chiaramente impedire gli eccessi dell'alcolista, sviluppa dei comportamenti di controllo nei suoi confronti. Tuttavia, queste dinamiche di sorveglianza sono destinate a fallire, alimentando un circuito senza fine di alcolizzazioni nascoste e tentativi di controllo sempre più vincolanti. Come in uno specchio, l'impotenza dell'alcolista rispetto alla bottiglia rimanda a quella della famiglia rispetto all'alcolista stesso. Oppure, in altri casi, l'*entourage* può adottare una posizione di minimizzazione della dipendenza, nella speranza silenziosa che, distogliendo lo sguardo, anche le conseguenze dell'alcolismo scompaiano. In entrambi i casi, queste reazioni della parte dei familiari, chiamate dinamiche di *codipendenza* (Anasassiou 2003, Frisina 2020b), contribuiscono a mantenere quello stesso funzionamento intorno alla sostanza che invece vorrebbero impedire. Anche le autrici dell'articolo, a loro modo, ne parlano: «i comportamenti di alcolismo hanno spesso delle conseguenze che diventano elementi di organizzazione relazionale della struttura familiare. Generano delle regole, dei ruoli, dei patterns relazionali intrafamiliari e delle relazioni specifiche con l'ambiente sociale» (p. 5).

Il sistema dipendente si chiude su se stesso, in un processo caratterizzato da una riduzione dei contatti con l'esterno (per nascondere il proprio disfunzionamento) e da un progressivo ma ineluttabile restringimento della ricchezza delle posizioni relazionali fino ad una semplice e ripetitiva alternanza di comportamenti di consumo e tentativi infruttuosi di impedirlo. Le autrici dell'articolo descrivono questo processo in termini di regole (minimizzazione, silenzio, isolamento) e meta-regole (rigidità).

Il sistema familiare si allontana da ciò che lo circonda, diventa opaco e, così facendo, crea un mondo ad una scala relazionale ridotta e più facile da gestire, seppur al prezzo di una progressiva perdita di complessità. È interessante notare come il ripiego su di sé e la riduzione dell'autonomia siano propri non solo alla dipendenza, ma anche all'invecchiamento: è come se le famiglie descritte da Moscato e Varescon si trovino all'incrocio tra due processi che agiscono sugli stessi snodi.

Quando un sistema familiare perde complessità, e adotta un funzionamento opaco e ripetitivo, a lungo andare provoca l'intervento compensatorio da parte del macro-sistema sociale<sup>11</sup>, sotto forma di un'azione dei servizi

<sup>10</sup> Maurizio Frisina, Psicologo e psicoterapeuta, co-dirige l'Unità 1 della Clinique la Ramée a Bruxelles (Belgio), centro d'eccellenza per la cura delle dipendenze; formatore alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Centro Panta Rei a Milano; autore del libro *Sul bordo del caos: complessità, terapia sistemica e dipendenze* pubblicato in Italia da Mimesis (2020) e in Francia da l'Harmattan, Parigi (2020).

<sup>11</sup> Ho descritto questo funzionamento nel mio libro *Sul bordo del caos* (Mimesis, 2020), in cui presento una classificazione delle dipendenze lungo il *continuum* tra caos e periodicità. I sistemi dipendenti descritti nell'articolo sono probabilmente in gran parte di tipo periodico.

sociali, della giustizia o - come in questo caso - del personale di cura a domicilio. Quando ciò avviene, si opera una perturbazione del sistema dipendente, sotto forma di un incontro che può essere occasione di ripetizione o di cambiamento.

Ritengo interessante utilizzare a questo proposito la griglia di lettura dell'*isomorfismo*. Etienne Dessoy (2000) considera che, quando un professionista entra in contatto con un paziente, spesso può ritrovarsi ad occupare delle posizioni simili a quelle presenti nel sistema di appartenenza del paziente stesso. In altre parole, il sistema può accogliere la persona invitandola ad occupare un ruolo che la precede, assorbendola così nel suo funzionamento. Penso ad esempio a quando, nell'articolo, le autrici descrivono come la famiglia dell'anziano alcolista, entrando in contatto col personale di cura a domicilio, possa rivolgere loro una domanda implicita di "riparazione". Ovvero, lasciando loro il ruolo di gestire quelle dinamiche in cui loro stessi considerano di aver fallito (con un parallelo allontanamento dei familiari rispetto all'alcolista, come se "cedessero" il loro posto al nuovo arrivato). Ovviamente, l'isomorfismo è un processo a cui partecipa anche il personale di cura, senza rendersene conto. Le autrici in effetti descrivono come una delle reazioni può essere quella di fornire all'anziano l'alcol (riprendendo la regola della minimizzazione), oppure di rispondere all'invito di riparazione, diventando «un sostituto genitoriale» (p. 7) e cedendo alla tentazione del «fantasma di appropriazione» dell'anziano alcolista (p.8).

Tuttavia, l'isomorfismo è una possibilità e non un destino. L'incontro tra il sistema familiare dipendente e il personale di cura è una perturbazione che costituisce un pericolo (di ripetizione) ma anche un'opportunità (di cambiamento). In effetti, l'arrivo di una persona esterna al sistema provoca una perdita di quell'opacità che lo ha caratterizzato per molto tempo. Inoltre, la confusione dei ruoli che ne consegue può rivelarsi generatrice di cambiamento. Del resto, i cambiamenti di omeostasi (nella teoria dei sistemi complessi parliamo di cambiamento di *attrattore*, Frisina 2020b) sono accompagnati spesso da una *transizione caotica*, ovvero un processo di perdita temporanea di riferimenti ma che apre a nuove possibilità e nuovi equilibri.

Affinché l'incontro tra il sistema familiare dipendente e il personale di cura a domicilio sia un'occasione di cambiamento, ritengo importante fare attenzione a due elementi. Innanzitutto, che questi professionisti ricevano un riconoscimento del ruolo svolto, anche attraverso delle formazioni che diano loro gli strumenti per relazionarsi con un sistema a transazione dipendente. Molto spesso il personale di cura a domicilio infatti gode di scarsa considerazione sociale, ed è chiaro che il rischio dell'isomorfismo è tanto più grande quanto il professionista stesso non ha un ruolo alla base sufficientemente riconosciuto. Il secondo elemento è, come ricordano anche Moscato e Varescon, il lavoro in *rete*: «la malattia alcolica in quanto problematica medico-psico-sociale necessita l'intervento di una *rete* professionale al fine di evitare delle rotture nell'accompagnamento» (p.9).

L'incontro tra il sistema familiare di un anziano dipendente dall'alcol e il personale di cura a domicilio è una perturbazione che può fare uscire il sistema dalla sua opacità, favorire un riposizionamento nei ruoli, ed eventualmente essere l'occasione per l'inizio di un percorso terapeutico.

## Bibliografia

- Anastassiou V. (2003) Les distorsions des fonctions parentales dans le système alcoolique, *Alcoologie et Addictologie* 25 (3), pp. 191-199
- Dessoy, E. (2000) *Isomorphisme et changement, commentaires à l'étude de cas du petit Jean*, L'homme et son milieu, Etudes Systémiques, UCL, Louvain-la-Neuve.
- Frisina, M. (2020a) Une lecture systémique du rapport entre transgression et cadre thérapeutique. *Thérapie familiale*, 2020 (4), 267-286
- Frisina, M. (2020b) *Sur le bord du chaos : Complexité, thérapie systémique et addictions*, l'Harmattan, Paris. Trad. it. *Sul bordo del caos: Complessità, terapia sistemica e dipendenze*, 2020, Mimesis, Milano.

## READING BETWEEN THE LINES IN PSYCHOTHERAPY. CONVERSATION ANALYSIS AND INTERSUBJECTIVITY.

### A SINGLE CASE STUDY

Maurizio Viaro<sup>12</sup>, Fabrizio Bercelli<sup>13</sup> & Federico Rossano<sup>14</sup>

[mauriviaro@gmail.com](mailto:mauriviaro@gmail.com), [fabrizio.bercelli@unibo.it](mailto:fabrizio.bercelli@unibo.it), [frossano@ucsd.edu](mailto:frossano@ucsd.edu)

#### Abstract

In this single case study, we investigate an interactive episode involving a typical Freudian slip by a patient during a session in an individual systemic treatment. We use Conversation Analysis (CA) to provide a preliminary empirical account of the repair sequence ensuing the slip. This initial step allows us to analyze the implicit and interpersonal dimension of the interaction subsequently. Selected passages from the succeeding sessions provide further conversational evidence of our interpretations. We consider the whole constellation of the episodes as a unitary manoeuvre carried out via three successive steps. CA provides a powerful tool, independent from the theory of the therapists, to empirically explore the implicit intersubjective dimension, where critical interactive phenomena occur.

**Keywords:** *Conversation Analysis, Intersubjectivity; Systemic therapy; Freudian slip*

Peräkylä and Vehvilainen (2003) demonstrated the advantages of applying Conversation Analysis (CA) to the study of psychotherapy and counselling<sup>15</sup>. In psychotherapy, "the main contribution of CA turns out to be that of showing how a particular task or activity (...) is carried out (...) and to explicate the interactional dynamics of the devices used in that context" (Peräkylä and Vehvilainen, 2008: 23).

However, a significant gap remains between what experienced clinicians do with their patients in the sessions and what conversation analytic researchers say about therapy interaction. Clinicians can hardly manage to attach a therapeutic meaning to CA findings and seem to feel that the time-consuming work of transcribing the minutiae of interaction required by CA conventions is a technicality with reduced therapeutic import. So far, CA studies of therapy interactions have failed to contribute substantially to both clinical practice and training. Most practitioners feel that CA researchers prioritize academic needs over clinician-client ones (Madill et al., 2001). In this paper, we aim to show the potential of Conversation Analysis in the exploration of the intersubjective dimension and its clinical importance as well. In this single-case study, we focus on the elaboration process of an unwanted, unplanned event like a typical 'Freudian slip' is, in individual systemic therapy. Let us first introduce the theoretical frame.

#### The Theoretical Frame

##### Intersubjectivity.

Intersubjectivity is a crucial concept in phenomenology, social constructionism and symbolic interactionism. Although there is no full consensus on how exactly this concept is to be defined, we can assume here that, in the simplest terms, Intersubjectivity is the sharing of experiential content (e.g. intentions, feelings, perceptions, thoughts, memories) between at least two subjects.

<sup>12</sup> Maurizio Viaro, European Institute of Systemic Therapies, Milan, Italy

<sup>13</sup> Fabrizio Bercelli, University of Bologna, Italy

<sup>14</sup> Federico Rossano, Department of Cognitive Science, University of California, San Diego (USA)

<sup>15</sup> See Peräkylä et al. 2008; Peräkylä 2012 for a detailed list of the main contributions

In developmental psychology, Trevarthen (1979) premiered this concept which has assumed outstanding importance in Infant Research. Beebe (2014), Stern (2004) and the Boston Change Process Study Group (BCPSG, 2010) translated these methods and concept into psychoanalysis.

Of course, a model derived from infant research cannot be directly translated into the adult psychotherapy. However, its method can be applied to whatever kind of psychotherapy treatment as it is centred entirely on the process of interaction, independently from any psychological theory. The focus is on implicit communication and patterns of expectation between therapist and patient as therapeutic actions. This kind of action does not need to be translated into words.

Stern (2004: 171), the BCPSG (2010) and Ammanniti, Gallese (2014) hypothesise that the mirror neuron system provides the neurobiological basis for Intersubjectivity.

### Conversation Analysis.

The term ‘conversation’ is often used in systemic therapy, although in various meanings. In this paper, we use this word as used in Conversation Analysis (CA) to denote “talk-in-interaction” (Sacks, 1974; Schegloff, 2007; Sidnell & Stivers, 2012). CA is an empirical, qualitative, and inductive method to analyze documented natural interaction (audio and video recordings). Its paradigm assumes the participants build their interaction orderly and aims to reveal the orderly structures of social interaction.

“Turn-taking” is the first obvious level of organization in a verbal exchange. In CA, however, the key units are the actions; even remaining silent, when responding would be relevant, can be considered an action (Schegloff, 1996; 2007). The type of action occurring at a given moment is understood by how the participants respond to it. For example, asking a question is recognized as such because an answer follows; if the answerer misunderstood, the first speaker launches a *repair sequence* to clarify his/her previous intention. Hence, a question is considered the ‘first pair part’ of the adjacency pair question-answer and a synonym for *sequence* of interaction. Each segment of speech the speaker uses to carry out an action in his/her turn-at-talk is called a Turn Construction Unit (TCU). There may be more than one TCU in a turn-at-talk (a multi-unit turn). The end of a TCU, called a *transition relevance place* (TRP), is a point where another speaker can take a turn, or the present speaker may continue with another TCU (Sacks, Schegloff, Jefferson, 1974).

### Data & Method.

Our data consists of transcribed audio recordings of 14 sessions at the beginning of an individual systemic treatment. The entire therapy comprised of 28 sessions. The patient, whom we will call “Pia,” is a 31-year-old married woman with no children. The systemic paradigm has been, and currently is (Heatherington et al. 2015), defined by the core concepts of *context* (taking relationships rather than individuals as the primary unit of analysis), *circularity* (looking for repeating patterns of behavior), and *pattern interruption* (identifying and interrupting current interpersonal patterns of problem maintenance). The hallmark of the individual treatment under scrutiny here is the use of a systemic family model as a guide for individual therapy. Bercelli et al. (2013) applying the CA method to a large corpus of sessions, described this technique as a special kind of conversation. According to these AA., in a session alternate two different types of sequences. In *Inquiry* sequences, the therapist aims to reconstruct the events during the inter-session period according to a question-answer pattern. The Inquiry sequences occupy the central part of the session. Such sequences alternate with *Elaboration* sequences, where these same events are commented on and discussed from the point of view proposed by the therapist, a perspective that is different from the patient’s. Alternative behaviours can be suggested or even prescribed by the therapist to the patient, mainly in the last part of the session. Suggesting and prescribing behaviours are peculiar to systemic therapies intending to ‘interrupt interpersonal patterns of problem maintenance’ (Heatherington et al. 2015).

### Method.

CA typically requires a large corpus of data. However, there are examples of single CA case-studies (Schegloff 1987; Goodwin 2010) such as our own, and psychotherapy research emphasises the potential of qualitative CA case studies as well (Stiles 2015).

The episode under scrutiny is a talk sequence around a slip of the tongue – a typical 'Freudian slip' - by the patient. Our analysis is a two-level analysis. The first level involves an examination of the conversational level. We firstly analyse the excerpt containing the slip in purely *conversational* terms, using CA method. It delves into details at a micro-temporal level, focusing on how the participants deal with the patient's slip of the tongue as a conversational trouble to be ironed out before they can go on with the matter at hand. We then sort out and analyse at a lesser level of conversational detail the only related passage in the 14 sessions where the Freudian slip episode is recalled. The second level is based on the results of the first. We thus explore at a more interpretative level the implicit and intersubjective dimensions as they emerge from the conversational interaction between the therapist and the patient.

### The 'Freudian slip' Episode as a Repair Sequence.

#### Excerpt 1 Session 3<sup>16</sup>

About twenty minutes into the first audio-recorded session, Pia begins to speak about a recent episode in which she felt awkward. She and her husband were having dinner at her father's, along with Pia's older brother and Pia's younger sister. Pia explains that her sister-in-law was not at the dinner because she was on holiday but refers to her as "my husband's wife" instead of "my brother's wife." Pia later admitted (omitted here) that her awkwardness was due to her father making a joke, "full of double and triple entendres," of which Pia thought she was the butt, as everyone laughed and looked at her. Pia joined in the general laughter to hide her embarrassment, as she did not understand the joke and felt ashamed to ask for an explanation.

(P: Pia; T: Therapist)

1 P: qualche giorno fa che ero a XXXX ((nome di città)),

1 P: a few days ago, I was in XXXX ((name of city)),

2 è venuto fuori- mio padre (0.2) h ha fatto delle battute

2 it turned out- (0.2) my father (0.2) h made some jokes,

3 .h ed eravamo tutti e tre i fratelli a una cena, (0.5)

3 .h and I was at a dinner with my brother and sister, (0.5)

4 ee:: senza >la moglie di mio marito, perché era:<=

4 ee:: without >my husband's wife, because she was:=

5 T: =s-=

5 T: =s-=

6 P: =in vacanza, (0.2) >quindi lui era a casa< a::=

6 P: =on holiday, (0.2) >so he was at home< a::=

7 T: =>°la moglie di suo marito°<

7 T: >°your husband's wife°<

8 (0.8)

9 P: eh, sì=

9 P: oh, yes=

10 =Oh mio dio=

10 =Oh my god=

---

<sup>16</sup> The key to the conventions used in the transcript is in the Appendix.

11 =£di mio fr(h)at(h)ello£ °hh°  
 11 =£my br(h)oth(h)er's£ °hh°

12 .HH .HH di mio fra(H)t(H)ello  
 12 .HH .HH my br(H)oth(H)er's

13 T: °°£di suo fratello£°°  
 13 T: °°£your brother's£°°

14 P: .H HH  
 14 P: .H .HH

15 (1.0)

16 P: £(che) lapsu(h)s:£  
 16 P: £(what a) lapsu(h)s:£

17 (0.2)

18 £va be'=.hh£  
 18 £well=.hh£

19 hh di mio fratello,  
 19 hh my brother's,

20 era in vacanza (0.8) e mio padre ((la storia continua))  
 20 she was on holiday (0.8) and my father ((the story continues))

After her slip of the tongue, Pia continues to speak (lines 4-6), thus showing she is not aware of it. Then, the therapist initiates the *repair sequence*<sup>17</sup> by repeating the *repairable* (line 7), albeit with some delay (2.8 s). Although it is a common way to solicit a repair, repeating a speaker's previous utterance could also indicate that its listener acknowledged that utterance, thus inviting the speaker to continue (Schegloff, 1996), the former being a disaligned response and the latter an aligned one.

At first, Pia (line 9, "oh, yes") appears to understand T's repeat as an aligned response. Immediately after, however, she demonstrates that she realizes her mistake (lines 10-11), with the "oh," indicating a change in cognitive state (Heritage, 1984). She then emphasizes this by adding "my god."

Some prosodic features of the therapist's repetition of her lapsus may have contributed to Pia's misunderstanding it. The therapist's words "your husband's wife" have a pitch contour that differs from Pia's when she says, "my husband's wife." The volume of the therapist's voice is lower, his rhythm quicker (0.7. instead of 0.9 s), and his pitch sharper. In psychotherapy, lowering the voice is considered a characteristic of therapist intervention aligned with the patient's previous turn (Weiste & Perakyla, 2014), and this may have led Pia to understand the therapist's repetition as an aligned response, thus inviting her to continue her storytelling. However, the shift in rhythm, and especially the sharper tone of voice, which Weiste & Perakyla point to as a characteristic of disaligned intervention, sound as though he is challenging what she had just said. In addition, the truncated "s-" sound (line 5) 0.7" after the lapsus occurred may be a clue that the therapist at first started the repair action, decided to interrupt it, and later changed his mind. Indeed, the "s-" seems to be the start of "scusi?" ("sorry?" in Italian), or of "suo fratello" ("your brother", words he would go on to say

<sup>17</sup> A minimal *repair sequence* consists of two complementary actions (an adjacency pair), where the first pair part is a request for a repair (other-initiated repair) and the second one is the completion of the repair sequence by the speaker responsible for the trouble, who resolves it. A repair sequence may be *expanded* in many different ways before it is closed, and the previously interrupted course of action is resumed.

later – line 13), common forms of other-initiated repair. This clue, the contrasting paralinguistic nuances, as well as the delay with which T points out the lapsus, strongly suggest his uncertainty.

Pia seems to perceive T's discordant hints as she gives no immediate reply (line 8) and then she misunderstands (line 9). It is only soon after that she realizes her misunderstanding (line 10), and, finally, corrects herself (line 11) with a smiley voice and a stifled laugh that is appropriate to the funny nature of the lapsus. Providing the repair could have concluded the repair sequence and enabled Pia to continue with her story. Pia, however, repeats "my brother's" (line 12), thus expanding the repair sequence. Her repetition of these words is interrupted by noisy bursts of inhaling and exhaling, which is how an extremely embarrassed person acts when unsuccessfully trying to stifle an inappropriate laugh.

Unlike other non-linguistic sounds, e.g., a cough or a sneeze, an uncontrolled laugh is typically linked to what came before and places constraints on what follows. One reaction to an inappropriate laugh would be to ignore it, which sometimes occurs when we are faced with unseemly behavior; pretending not to notice it stigmatizes the behavior only implicitly. Alternatively, we might join in the laughter, an option that usually suggests affiliation and increases the level of intimacy in the relationship (Jefferson, Sacks, Schegloff, 1987). In this case, the therapist repeats (line 13) Pia's words, but in a similar manner to the first of her two repairs, combining a gentle, smiling tone with a nuance of affability or even tenderness, an emotional state that requires the speaker to lower his/her voice (Anolli, 1992: 366-67). The volume of T's phrase is even lower than his previous repetition (line 7) of Pia's words. By lowering his voice even further, the therapist aligns himself with Pia's first repair (line 10), but not with the second (line 11).

The therapist's subsequent action (line 13) is even more 'equivocal' (Schegloff, 2007, p. 126) than his previous one (line 7). The action could close the repair sequence (Sequence Closing Third), although a closure, per se, is unnecessary as the repair was already completed. This action could be an invitation for Pia to continue her story. Alternatively, this move by the therapist may aim to highlight the lapsus (topicalization) in order to provide Pia with the opportunity to comment on it, or on her embarrassment. Pia understands T's action as the latter, because she does not continue her story, but instead makes a brief comment suggesting she is aware that her words have major implications (line 16, "what a lapsus").

What is most noticeable, however, is that Pia seems to expect T to comment, as she offers him three consecutive opportunities to take a turn (TRPs: lines 8, 16 and 17); opportunities he does not take.

Pia gradually retakes control of her emotions, as she passes from stifled bursts of laughter (lines 12 and 14) to a more composed laughing voice (lines 16 and 18) that is aligned with the therapist's in line 13. Finally, she returns to her plain narrative tone (lines 1-6) in the third and final repetition of her repair (line 19), which signals that she is about to continue her story.

On the whole, this repair sequence observes the rules of ordinary conversation. However, it is worth noting how this sequence expands, mainly on Pia's initiative, as the therapist refrains from commenting. Pia gives signs of her awareness that something is to be said and of her expectation for the therapist to intervene. In a subtle game of hesitations and mutual expectations, each offers the other the chance to comment and eventually they tacitly agree that 'this is not the time'.

### Looking into the Intersubjective dimension.

Let us analyze the same episode at a more interpretative level.

Line 7-9: the delay and ambiguity with which T points out the lapsus, Pia's hesitation, her misunderstanding, and her ensuing realization are all initial signs of tension.

Line 10-12: The tension rises and affects their relationship more directly after the repair is repeated the second time, when Pia may have fully understood the possible implications of her lapsus on a relational level. Questions, such as "What is the therapist thinking?" (about Pia's reaction or the meaning of the lapsus) and "What will he say?" are left unspoken. We could attribute Pia's embarrassment to the fact that her position at that exact moment of the session is like the one she is about to describe, and therefore already has it in her mind, although the therapist is unaware of this at the time. Indeed, her laughter at dinner in front of her father did not stem from shared amusement, but from an attempt to hide her awkwardness and embarrassment, just as it does as she is seated before the therapist.

Line 13: When repeating her words, T uses an intonation contour similar, but not identical, to Pia's first repair (line 11), ignoring her concern and agitation in her subsequent second repetition of the same words (line 12). From this moment on, Pia's turmoil decreases.

Line 15: The therapist does not take the opportunity to take the turn and launch an 'elaboration sequence' according to the technique (and Pia's expectation)

Line 16: Pia has regained control, and explicitly shows that she is aware of the possible psychological and relational implications of her lapsus ("what a lapsus"). Both participants now know that the other knows there is more to say.

Line 17: The therapist's silence is possibly interpreted as a "this is not the time,"

Line 18: Pia's comment "oh well," suggests she understood and accepts this. This implicit mutual understanding is an intersubjective event.

Line 19-20: After offering T another brief chance to intervene, Pia repeats the correct repaired phrase in a narrative tone and continues her story, thereby closing the repair sequence. It is worth noting that the initial tension was resolved with a non-standard action for this technique, with the therapist simply repeating Pia's most significant words with a similar but not identical intonation contour, so that their meaning is slightly modified.

The implicit dialogue between the therapist and the patient can be understood almost exclusively through the micro-temporal level phenomena that CA systematically denotes in the transcript. The affective dynamics of this micro-story, sort of a "shared feeling voyage" (Stern 2004, p. 165-176), are expressed by the prosodic variations (e.g., intonation contour, rhythm and volume) that both participants use to repeat the crucial phrase to be repaired and then repaired again.

Table 1 summarizes the results of the conversational analysis and clarifies the implicit and intersubjective level.

Table 1

	TEXT	CONVERSATION ANALYSIS	IMPLICIT / INTERSUBJECTIVITY
7	T: >°my husband's wife°<	T (therapist) signals a conversational trouble with some delay and contrasting paralinguistic features.	T intervenes displaying uncertainty and creates a potentially tense situation.
8	(0.8)	P (Pia) is slow to react;	P hesitates
9	P: well yes	P's response defines T's previous action as an aligned response (line 7);	P misunderstands
10	Oh my god=	P displays a change in cognitive state and exaggerates it;	P is now aware of her misunderstanding.
11	£my br(h)oth(h)er's£	P completes her repair and deals with her error in a smiling voice.	P displays appreciation that the lapsus has a funny side;
12	°hh°.HH .HH my br(H)oth(H)er's	P's repetition expands the repair sequence and offers T the opportunity to intervene. Transition Relevant Place (TRP)	P appears to be emotionally upset and ashamed, perhaps thinking of the possible psychological implications of her lapsus; she expects T to intervene. The tension increases and affects the relationship (what is he thinking of me?)
13	T: °°£your brother's£°°	T helps to expand the sequence by repeating P's repair; he uses the same smiling tone as P's first repair and adds a nuance of good humor/sympathy; he enables P to continue her story or expand the repair sequence further.	T does not comment, and the tension starts to decrease
14	P: .HH	P tries unsuccessfully to hold back her laughter;	
15	(1.0)	TRP	P can't quickly retake control of her emotions
16	£(what a) lapsu(h)s:£	P aligns her intonation with T's softer intonation (line 13); she now shows her awareness that her slip has major implications;	P is still expecting T intervene, but he avoids taking a turn now both know that the other knows there is more to say.
17	(0.2)	TRP	
18	£well=.hh£	a generic concluding comment in a smiling tone again;	T's silence implies "now is not the time".
19	hh my brother's,	P repeats the correction in the flat tone she used for her storytelling before the repair and continues her story.	Pia agrees "now is not the time". The tension is over
20	he was on holiday		P again undertakes the role of storyteller and T the role of recipient.

## Recalling the Slip Episode.

In the 7<sup>th</sup> session, the therapist takes an opportunity and recalls the Freudian slip episode.

Excerpt 2 illustrates how it is dealt with and discussed five weeks later.

*Excerpt 2 (session 7)*

Pia is recounting that her father had been staying with her over the last week in order to help renovate her house. Pia emphasizes her husband's good nature, as he puts up with his father-in-law's criticism of everything he does, without taking offence. The therapist compares Pia's husband to her brother, whom Pia also describes as "good natured" and accommodating with everyone, especially with his wife.

T: una volta lei li ha anche confusi se lo ricorda no?

T: you mixed the two up once, you do remember it, don't you?

P: sì.

P: Yes.

T: io mi sono domandato che cosa voleva dire (.) lei se l'è domandato

T: I asked myself what you meant (0.3); have you asked yourself  
che cosa voleva dire (.) perché li ha confusi  
what you meant (0.3)? Why did you mix them up?

P: mio fratello e mio marito (1) probabilmente di fronte a questa

P: my brother and my husband (1.0) probably when faced with this

cosa:: forse perché: (1.5) lo considero talmente buono che forse  
thing :: maybe because :: (1.5) I consider him such a good person

sono io che ho gestito il rapporto:  
that perhaps I'm the one who led the relationship:

lo guidavo  
I guided him.

T ecco perché io ho pensato- perché lei la volta successiva (.) che

T: you see, because I thought – because the next time (0.2)  
è venuta qui ha detto (.) hm mi sono un po' tirata indietro perché::  
you came here, you said hm: I held back a bit because::,

con mio marito perché tutto sommato mi sembrava di avere (0.3)  
with my husband, because after all I thought I had (0.3)  
*premuto troppo a casa no?*  
pushed too hard at home, didn't you?

P: hmm

P: hmm  
(0.7)

P: sì anche perché hmm hmm io sto rivedendo molto me stessa nelle

P: yes, also because hmm hmm I've been thinking hard about my role

relazioni (.) prima di tutto con mio marito  
in my relationships (0.3), especially with my husband

però mi rendo conto che in fondo (.) non mi piace farlo  
 but I realize that deep down (0.3) I don't like doing it.

((parte del turno omesso))

((part of P's turn omitted))

P: cioè fare questa parte da dura che gestiva le cose

P: I mean, being this tough woman who runs things

Excerpt 2 provides evidence of their tacit mutual understanding in the fourth session: both thought that the 'Freudian slip' episode deserved further attention. Indeed, this excerpt shows not only that both remember the episode five weeks later, but more importantly that the therapist is confident that Pia remembers it as well ("You do remember it, don't you?"). Pia accepts the invitation – and this is the first time in the therapy – to be the first to elaborate and comment on her lapsus, taking a position that is peculiar to the therapist in these sessions (Bercelli et al., 2013). The therapist aligns with her by recalling a few words she said in a previous session, using direct speech. Reported direct speech displays and promotes affiliation (Holt & Clift, 2006). Pia's past words insert smoothly into her present telling, and she goes on following and enhancing the same line of self-criticism ("I mean, being this tough woman that run things.....I realize that deep down I don't like doing it").

### **Broadening the intersubjective field.**

We define the Intersubjective field as the “mutual knowing of what is in the other’s mind, as it concerns the current nature and state of their relationship” (BCPSG, 2010: 7)

In Excerpt 1, Pia ignores the chance she is offered to elaborate or comment on her lapsus, almost taking it for granted that it is the therapist’s role. However, five weeks later (Excerpt 2), she accepts talking about it first, and the therapist aligns. By aligning with her ponderings, the therapist validates also the position Pia takes within their relationship. It is not up to the therapist alone to comment, interpret, or suggest alternatives, nor is it Pia’s sole conversational role to agree, disagree, or discuss his comments, which is however common in this technique (Bercelli et al. 2008). Their roles can be reversed, and they are for the first time in this therapy. Being able to take more than one mutually validated position within a relationship may be considered a broadening of the intersubjective field, namely what each of them knows he or she has the mutually recognized right to do (Stern, 2004; BCPSG, 2010).

Moreover, it is also worth noting that the outcome of Pia’s pondering the lapsus is in tune with the *modus operandi* of the therapist, who proceeds by comparing and differentiating relationship positions rather than individual psychological traits, in a bid to produce changes within relationships *outside* of the sessions.

### **Conclusions.**

The CA method provides a unitary framework to analyse both implicit and explicit level of interaction. What we analysed here is a three-steps therapeutic manoeuvre, where the first and the second steps are non-verbal actions.

1. *Breaking a pattern of expectation.* The therapist restrains himself from commenting on the patient’s Freudian slip and her turmoil, as she is entitled to expect, according to a typical pattern in this context. Delving into the details of their interaction, we can identify the signs of their implicit mutual recognition that what happened was worth discussing, but that ‘this is not the time’.
2. *A five-weeks gap.* The therapist, and the patient as well, do not mention the slip episode in the next few sessions.
3. *Recalling the slip episode.* The therapist takes a favourable occasion to ask Pia about the slip episode and its meaning. She explains the outcome of her ponderings about the issue, and the therapist aligns, changing their roles for the first time in this therapy. Such an exchange widens the intersubjective field (Stern, 2004; BCPSG, 2010)

The content of Pia’s answer and the therapist’s aligning as well provide evidence that Pia made a successful effort to understand the therapist’s way of thinking, as she read between the lines of his words and his silences,

i.e., what they imply or hint at, but do not express – possibly as a response to similar efforts by the therapist. It is “this mutual effort to understand the intentionality and the state of mind of the other, that plays out in the co-creativity of therapy” (Mayes, 2005).

It is most important here to underline that in regular clinical practise, therapists can accomplish such a three-step manoeuvre, apart from any detailed CA analysis. Sometimes, a significant event affecting the therapeutic relationship occurs during a session. Still, the therapist can feel it is inappropriate commenting or discussing with the patient what has just happened and prefers to hold off. In the next few sessions, he/she will wait for the right opportunity to recall that event and check if the memories and reflections by the patient fit his own. In successful therapies, the patients often manage to grasp the therapist’s way of thinking and processing through their overall *modus operandi*, not necessarily translated into an explicit verbal mode. It is not unusual that the patients say something that the therapist has thought but not said (Semerari, 1991). Such a contingency provides evidence of an intersubjective understanding.

## Appendix: Transcription symbols

(0.2)	timed pause
word [word]	overlapped words
[word]	
(word)	uncertain word
wor-	sharp cut-off (glottal stop)
wo:rd	: indicates stretching of the preceding sound. The more colons, the longer the stretching
£word£	smiley voice
°word°	quiet, soft voice
<u>word</u>	underlining indicates some form of stress or emphasis
WORD	louder voice
h	audible expiration
.h	audible inspiration
↑	upward intonation
↓	downward intonation
(h)e(h)e() w(h)or(h)d	laughing
((cough))	sounds impossible to write phonetically
, . ?	comma denotes a falling intonation; period a terminal intonation; interrogation mark a rising intonation (more than ↑)

## References.

- Ammanniti, M., Gallese, V. (2014) *The birth of Intersubjectivity*. Psychodynamics, Neurobiology and the Self. Norton & Co., NY
- Anolli, L. (1992) *La voce delle emozioni*. Milano, Franco Angeli
- BCPSG (2010) *Change in Psychotherapy. A unifying paradigm*. Norton & Co. N. Y., London
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2014). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Bercelli, F., Rossano, F., Viaro, M. (2008) Clients' responses to therapists' re-interpretations" in Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S., Leudar, I. (Eds.) *Conversation analysis and psychotherapy*. Pp. 77-109 Cambridge University Press.
- Bercelli, F., Rossano, F., Viaro, M. (2013), "Supra-session courses of action in psychotherapy", *Journal of Pragmatics*, vol. 57, pp. 118–137
- Emanuel A. Schegloff, (1996), Confirming Allusions: Toward an Empirical Account of Action. *American Journal of Sociology*, vol. 102, no. 1, pp. 161–216.
- Freud, S. (1901) Psychopathology of Everyday Life. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. New York, Norton.
- Goodwin, C. (2010), Constructing Meaning through Prosody in Aphasia, In: *Prosody in Interaction (Dagmar Barth-Weingarten, Elisabeth Reber, Margret Selting, eds.)*, Amsterdam; Philadelphia, John Benjamins, pp. 373–394.
- Goodwin, C., Heritage, J. (1990), Conversation Analysis, *Annual Review of Anthropology*, vol. 19, pp. 283–307
- Heatherington, Laurie; Friedlander, Myrna L.; Diamond, Gary M.; Escudero Valentin and Pinsof, William M. (2015) 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25 (3): 348-364.

- Heritage, J. (1984), A change-of-state token and aspects of its sequential placement, *In Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis (J. Maxwell Atkinson, and John Heritage, eds.)*, Cambridge, U.K., Cambridge University Press, pp. 299-345
- Holt, E. & Clift, R. (Eds.) (2006) *Reporting Talk. Reported Speech in Interaction*. Cambridge University Press.
- Jefferson, G., Sacks, H. & Schegloff, E. A (1987) Notes on Laughter in the Pursuit of Intimacy. In: *Talk and social organisation (Graham Button, John R. E. Lee, eds.)*, Clevedon, Multilingual Matters, pp. 152–205.
- Jefferson, Gail. (2004), Glossary of transcript symbols with an introduction, In: *Conversation Analysis: Studies from the First Generation (Gene H. Lerner, ed.)*, Amsterdam / Philadelphia, John Benjamins, pp. 13-31.
- Madill, A., Widdicombe, S., and Barkham, M. (2001). The potential of conversation analysis for psychotherapy research. *The Counseling Psychologist*, 29, 413-434.
- Mayes, L., C., (2005) Something is Different but What or Why is Unclear: Commentary on the Boston Change Process Study Group. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 3, pp.: 745-750.
- Peräkylä, A. (2012), Conversation analysis in psychotherapy, In *The Handbook of Conversation Analysis (Jack Sidnell, Tanya Stivers, eds.)*, Oxford, U.K., Wiley-Blackwell, pp. 551-74.
- Peräkylä, Antaki, C., S. Vehviläinen, & S., Leudar, I. (2008), *Conversation Analysis and Psychotherapy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Sacks, H. voll. I, II (1974) *Lectures on Conversation*. Jefferson, G., Schegloff, E.A. (eds) Wiley-Blackwell, 1995
- Sacks, H., Schegloff, E., A. & Jefferson, G. (1974), A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation, *Language*, vol. 50, no. 4, pp. 696–735.
- Schegloff E., A. (2007) *Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge University Press, New York
- Schegloff, E. A. (1987), Analyzing Single Episodes of Interaction: An Exercise in Conversation Analysis, *Social Psychology Quarterly*, 50, 2, pp. 101–114.
- Schegloff, E., A. (1996), Confirming Allusions: Toward an Empirical Account of Action, *American Journal of Sociology*, 102, 1, pp. 161–216
- Semerari, A. (1991) *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. NIS, Roma
- Sidnell, J., Stivers, T. (2012) Eds. *The Handbook of Conversation Analysis*. Wiley-Blackwell.
- Stern, D. (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Norton & Co. N. Y., London
- Stiles, William B.; Hill, Clara E. and Elliott, Robert (2015) Looking both ways. *Psychotherapy Research*, 25 (3): 282-293. doi: 10.1080/10503307.2014.981681
- Trevarthen, C. (1979) Communication and Cooperation in early Infancy: a Description of primary Intersubjectivity. In: Bullowa M: (Ed.) *Before Speech: the Beginning of Interpersonal Communication*. Cambridge University Press, Cambridge (UK). Pp. 321-347
- Weiste, E., Peräkylä, A. (2014). Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research*, 24 (6), 687--701.

## QUADERNI SIRTS – NORME REDAZIONALI

**LINGUA:** sono accettati articoli in lingua italiana così come in altre lingue.

Il carattere è **Times New Roman**, dimensione:

- **12** per titolo e sottotitolo (in maiuscolo)
- **11** per il nome dell'autore (in maiuscolo), per la mail, per il corpo dell'articolo e per la bibliografia.
- **10** per le note a piè di pagina.

**RIFERIMENTO:** Ogni articolo deve avere come riferimento almeno un articolo già pubblicato sui Quaderni SIRT (numero aperto o numeri già chiusi). Sono esenti da questa norma gli articoli relativi alle relazioni tenute nel corso degli eventi SIRTS, per i quali il riferimento sarà il contesto conversazionale stabilito dalla SIRTS.

**LUNGHEZZA:** Il corpo dell'articolo deve contare da un minimo di 20'000 a un massimo di 40'000 caratteri, tutto compreso, spazi esclusi. Il conteggio deve comprendere anche i titoli, le note e la bibliografia.

**STRUTTURA:** L'articolo deve presentare, nell'ordine: titolo, autori, mail degli autori, abstract, parole chiave, corpo dell'articolo (e relativi sotto paragrafi), note, bibliografia. In particolare:

- **ABSTRACT:** da redigere in terza persona, approssimativamente di 250 parole.
- **PAROLE CHIAVE:** al termine dell'Abstract vanno indicate fino a un massimo di 5 o 6 parole chiave che permettano da una parte di identificare in modo rapido gli argomenti principali dell'articolo e dall'altra di effettuare ricerche interne al database dei Quaderni SIRTS per argomento.
- **CORPO DELL'ARTICOLO:** preferenzialmente suddiviso nei seguenti sotto paragrafi:
  1. Introduzione
  2. Corpo dell'articolo
  3. Conclusione
- **NOTE:**
  1. le note a piè di pagina vanno inserite in calce alla singola pagina e non il fondo all'articolo, numerate progressivamente.
  2. Le citazioni all'interno del lavoro sono da inserirsi in corsivo, all'interno di virgolette. Dopo la citazione in corsivo devono essere inseriti tra parentesi l'autore, l'anno ed il numero della pagina da cui è stata presa la citazione.
  3. Le illustrazioni, tavole, schemi o foto, devono essere inserite nel lavoro e accompagnate da una didascalia chiara.
- **BIBLIOGRAFIA:** la bibliografia deve essere costruita secondo il criterio internazionale dell'American Psychological Association (APA).  
[http://www.sirts.org/images/quaderni/norme/modello\\_1\\_-\\_norme-apa-criteri-redazionali-per-la-compilazione-della-bibliografia.pdf](http://www.sirts.org/images/quaderni/norme/modello_1_-_norme-apa-criteri-redazionali-per-la-compilazione-della-bibliografia.pdf)

I Quaderni SIRTS sono online sul sito [www.sirts.org](http://www.sirts.org)